

42

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1897

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 18 Novembre 1897, à 1 heure

PAR

A. QUERNEAU

Né à Huelgoat (Finistère) le 27 juin 1873

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

DE

L'ÉVENTRATION CONSÉCUTIVE

A LA

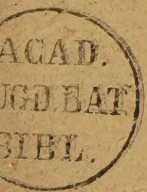
GROSSESSE

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. CORNIL, professeur.

CHARRIN et BAR, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1897

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	Mathias DUVAL
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	FOUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBÈNE
	CHANTEMESSE
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des mala-	FOURNIER.
dies de l'encéphale	RAYMOND.
Clinique des maladies syphilitiques	BERGER.
Clinique des maladies nerveuses	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale	TILLAUX.
	PANAS.
Clinique ophthalmologique	GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires	TARNIER.
Clinique d'accouchement	PINARD.

Agrévés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD	GLEYS.	REITTERER.
ALBARRAN.	HARTMANN.	RICARD.
ANDRÉ.	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILÉAU.
BONNAIRE.	LETULIE.	THIERY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHARRIN.	MARIE.	TUFFIER.
CHASSEVANT.	MENETRIER.	VARNIER.
DELBET.	NELATON.	WALTHER.
GAUCHER.	NETTER.	WEISS.
GILBERT.	POIRIER, chef des	WIDAL.
SILLES DE LA TOURETTE.	trav. anatomiques.	WURTZ.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon Père

A ma Mère

A mon Frère

A mes Sœurs

A mon ami, le docteur Auréan

A Monsieur le docteur Doléris

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le professeur Le Dentu

Chirurgien de l'hôpital Necker
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Durant notre année d'externat dans le service d'accouchement de la Pitié, nous avons eu l'occasion d'observer deux cas bien caractérisés d'éventration postpartum dans sa forme la plus exagérée. Dans une magistrale leçon, notre excellent maître, Monsieur le Docteur Doléris (1) attira notre attention sur les conséquences de cette affection, considérée en dehors des préoccupations ordinaires de l'obstétrique. D'autre part, l'une des malades que nous avons tout particulièrement suivie, présentait, tant au point de vue de son affection que de l'opération qu'elle subit, un intérêt tout particulier. Pour ces raisons, et sous l'inspiration de notre maître, nous nous sommes proposé de faire de l'éventration postpartum en général le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous n'avons pas la prétention de présenter un travail entièrement nouveau : notre but des plus modestes est :

1° de rappeler l'influence des lésions des parois abdominales sur la grossesse et l'accouchement, sujet déjà exposé par les maîtres de l'obstétrique.

(1) Cette leçon clinique est reproduite dans « La Gynécologie » du 15 octobre 1897, page 399.

2° d'attirer plus spécialement l'attention des praticiens sur cette affection souvent négligée, ou du moins traitée avec trop d'indifférence quand on l'observe en dehors de la période de gestation, probablement parce qu'on n'a pas analysé d'assez près le retentissement fréquent de cette difformité sur l'état général et sur les organes abdomino-pelviens.

Le plan de notre travail est des plus simples : après quelques mots d'historique, nous étudierons successivement les causes, les symptômes, la marche et les conséquences de cette affection. Nous terminerons en insistant tout particulièrement sur le traitement.

Mais avant d'aborder directement le sujet qui nous occupe, nous manquerions au plus sacré de nos devoirs si nous n'adressions à nos maîtres dans les hôpitaux l'expression de notre plus vive reconnaissance.

A l'hôpital d'Angers, nous avons été successivement l'élève de MM. les Docteurs Feillée, Dezanneau, Monprofit, Bahuaud, Legludic et Charrier. Nous aimons à nous rappeler le temps que nous avons passé dans leurs services.

Dans les hôpitaux de Paris où nous avons continué notre éducation médicale, nous avons commencé par être l'externe de MM. les Docteurs Charrier et Létienne à la consultation de Lariboisière. Ils ont été pour nous des guides bienveillants et éclairés, nous tenons à les en remercier très vivement.

Monsieur le Docteur Ferrand, médecin de l'Hôtel-Dieu, sait avec quelque intérêt nous avons suivi son enseignement.

C'est lui qui, le premier, nous a initié aux difficultés de

la thérapeutique. Qu'il veuille bien nous permettre de lui offrir cet hommage public de reconnaissance.

Monsieur le Professeur Le Dentu à l'hôpital Necker et M. le Docteur Mauclair, son suppléant, nous ont montré journellement combien on peut compter sur les opérations faites à propos et exécutées avec art.

Monsieur le Docteur Doléris, accoucheur des Hôpitaux, s'est acquis toute notre gratitude par le bienveillant intérêt qu'il a bien voulu nous porter. Les quelques lignes que nous pouvons lui adresser au début de ce modeste ouvrage sont bien insuffisantes pour lui exprimer l'admiration que nous éprouvons pour son précieux enseignement. C'est lui qui, par le charme séduisant de ses leçons cliniques, par la largeur de ses vues, la sûreté de son jugement, nous a fait aimer la gynécologie. Il a daigné s'occuper particulièrement de nous en nous indiquant la voie que nous aurions à suivre dans notre thèse ; qu'il veuille bien recevoir l'expression de nos remerciements les plus sincères.

Monsieur le Docteur Démelin s'est toujours montré bienveillant pour nous, nous l'en remercions très vivement.

Notre excellent interne et ami Lenoble ne nous a pas ménagé ses conseils, nous lui en sommes très reconnaissant.

Que M. le Professeur Le Dentu agrée l'expression de notre plus vive reconnaissance pour avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

Anatomie et Physiologie

Il est utile, en commençant, de rappeler en quelques lignes, les notions anatomiques et physiologiques qui intéressent spécialement la paroi abdominale ; en particulier les muscles grands, droits et la ligne blanche.

Les muscles droits, de chaque côté de la ligne médiane, forment deux bandes musculaires larges et rubanées s'étendant, à la partie antérieure, du rebord thoracique inférieur aux os coxaux. A leur extrémité supérieure, ils s'insèrent, par trois languettes terminales, à l'appendice xiphoïde d'une part, aux bords des 5^e, 6^e et 7^e côtes d'autre part. Ils conservent à peu près la même largeur jusqu'au niveau de l'ombilic. A partir de ce point, ils diminuent progressivement jusqu'à quelques centimètres au-dessus de la symphyse pubienne. A cet endroit, les faisceaux musculaires se jettent sur un tendon quadrilatère qui vient se fixer entre l'épine et l'angle du pubis. Les muscles droits sont interrompus de distance en distance par des intersections aponevrotiques « dont le seul caractère est l'irrégularité. » (1).

Les muscles droits sont situés dans une gaine aponevrotique épaisse et résistante constituée par les aponevroses

(1) Testut, *Traité d'Anatomie*. T. I^{er}, p. 604.

d'insertion antérieure des muscles larges de l'abdomen, grand oblique, petit oblique et transverse. Nous renvoyons pour l'étude de cette gaine aux traités classiques qui en font une description détaillée.

Les muscles droits sont réunis sur la ligne médiane par une intersection fibreuse qui forme la ligne blanche, étendue de l'appendice xiphoïde à la symphyse pubienne. Les dimensions transversales de cette ligne sont variables avec les sujets et suivant les points où on l'examine. Large d'environ 10 à 12 mm. en haut, elle diminue de largeur à mesure qu'on se rapproche du pubis. Au niveau de l'ombilic, elle n'a plus que quelques millimètres, et, dans son tiers inférieur, elle est réduite aux dimensions d'un espace linéaire. Tout en bas elle est renforcée par une lame fibreuse triangulaire s'attachant au pubis et formant le ligament suspubien de Breschet (*Adminiculum Linæ Albæ*).

La ligne blanche est formée par l'entrecroisement en tous sens de faisceaux fibreux, mais ces faisceaux laissent entre eux des espaces occupés par des pelotons adipeux, lesquels sont susceptibles, en se développant et attirant l'épiploon, de produire des hernies.

En avant de l'aponévrose qui forme la ligne blanche, la dissection découvre successivement la peau et le fascia superficialis. En arrière, on trouve le fascia transversalis réduit à une simple couche lamelleuse au-dessus de l'ombilic, et acquérant au-dessous une épaisseur et une résistance très marquée, remplaçant ainsi en arrière des droits et de la ligne blanche les aponévroses des muscles abdominaux ; et le péritoine qui ne présente ici rien de particulier.

Ces différentes couches sont susceptibles de se laisser distendre outre mesure par les tumeurs intra-abdominales et particulièrement la grossesse. Dans ces cas aussi, les autres plans fibreux de la paroi abdominale, les gaines des droits, les aponévroses des transverses et des obliques, les espaces fibreux latéraux, le fascia transversalis et les couches du péritoine subissent elles-mêmes une distension qui, de toute évidence, amène le relâchement des tissus.

Rôle de la paroi abdominale. — La paroi abdominale en partie charnue, en partie tendineuse, a une grande importance physiologique. Tout d'abord, elle maintient la position normale respective des organes du bas-ventre et préserve ces mêmes organes dans les mouvements violents du corps, dans les manifestations de la force corporelle et dans les efforts de résistance.

Les muscles de la paroi abdominale, fléchisseurs, sont antagonistes des muscles dorsaux, extenseurs, et leur intégrité est d'une importance capitale dans la station debout, la marche, le saut, etc.

Ils ont une part très active dans le phénomène de l'effort. Il existe, en effet, d'après Verneuil, trois sortes d'efforts :

1° L'effort général ou thoraco-abdominal dans lequel il y a fermeture des 4 sphincters livrant passage aux matières alimentaires et fécales, à l'urine et à l'air.

2° L'effort abdominal ou expulsif, dans lequel les muscles expirateurs jouent encore le premier rôle pour rétrécir la cavité abdominale ou thoracique dans tous ses diamètres. Ici une partie des sphincters est fermée, tandis que

les autres s'ouvrent pour laisser passer l'air, l'urine, les matières vomies, les fèces, l'enfant pendant l'accouchement.

3° L'effort thoracique dans lequel la respiration n'est pas suspendue et qui consiste surtout dans la permanence de cette contraction, qui ne cesse que par la fatigue de ces muscles ou parce que la dilatation forcée qu'ils amènent dans le thorax est surmontée par une pression supérieure.

Dans ces trois variétés d'effort, mais surtout dans les deux premières, les muscles de l'abdomen ont une importance capitale. Quand le thorax, après l'inspiration profonde qui précède l'effort et l'occlusion glottique, est immobilisé, l'abaissement du diaphragme refoule les viscères abdominaux. Ce mouvement excentrique qui s'effectue dans la cavité abdominale a besoin d'être contrebalancé par une paroi résistante et rigide, capable de s'opposer au mouvement d'expansion des viscères.

Il est donc facile de voir quelles nombreuses conséquences nuisibles peut avoir, à beaucoup de points de vue, le relâchement des muscles de l'abdomen, et comment le peu d'énergie et la cessation de toutes les fonctions du bas-ventre, la difficulté des accouchements et leur suite peuvent se rattacher par un lien direct à la même cause.



HISTORIQUE

Le mot éventration, au rapport d'Astley Cooper, fut prononcé pour la première fois par J.-L. Petit (1) en 1743. Est-ce à dire que cette affection fut inconnue avant lui. Certainement non, mais les premiers auteurs, sans se préoccuper d'une classification bien nette, la confondaient, dans une description générale, sous l'unique dénomination de Hernies Ventrales.

Hippocrate (2) en fait mention et signale la prédisposition résultant de la multiparité. Galien (3) en donne une description sommaire, Celse (4) leur consacre un chapitre, enfin Avicenne (5) en note la rareté.

Il faut arriver à Barbette (6), en 1672, chirurgien hollandais, pour en avoir une notion détaillée.

Au début du XIII^e siècle, Reneaulme de Lagarenne (7) Dionis (8), De Garengéot (9) et Ledran (10) reprennent la question ; ils précisent les caractères et la diversité de siège des hernies ventrales.

(1) J. L. Petit. — Traité des maladies chirurg. et des opér. qui leur conviennent.

(2) Hippocrate. — De morbis vulgaribus.

(3) Galien. — Admin. Anat. Lib. V. Cap. VI.

(4) Celse. — De Interiore Abdominis membrana rupta.

(5) Avicenne. — T. I, p. 962.

(6) Barbette. — Chirurgia. Cap. VII.

(7) Reneaulme de Lagarenne. — Essai d'un traité des hernies (1737).

(8) Dionis. — Cours d'opération de chirurgie (1738).

(9) De Garangeot. — Mém. de l'Acad. Royale de Chir. T. I. p. 518.

(10) Ledran. — Traité des opérat. de Chirurgie 1742. p. 143.

Quelques années plus tard, J -L. Petit (loc. cit.) réunit sous le nom d'éventrations toutes les hernies ventrales volumineuses par opposition aux autres hernies ventrales de moindre volume. Il note exactement les rapports des grossesses répétées avec le relâchement des parois abdominales.

« Le relâchement et les écartements de la ligne blanche sont quelquefois si grands, dit-il, surtout dans les femmes, que toute la partie antérieure du ventre, depuis le cartilage xiphoïde jusqu'à l'os pubis, est dilatée et permet la sortie de presque tous les intestins, de l'épiploon, de l'estomac, du mésentère et même de la matrice avec le fœtus. »

Il va encore plus loin et divise ces variétés de hernies en sus-ombilicales et sous-ombilicales, les premières contenant l'estomac, les secondes l'intestin grêle et le mésentère. Puis il ajoute :

« Si, dans la dilatation de toute la ligne blanche, l'ombilic résiste et se maintient, alors il apparaît deux hernies, l'une au-dessus, l'autre au-dessous du nombril, mais si le nombril cède, il n'y a plus qu'une hernie qui occupe tout le devant du ventre. En ce cas, les muscles droits qui se trouvent, l'un à droite, l'autre à gauche de cette effroyable hernie, semblent la borner sur les côtés. Les efforts des femmes en travail et la grande distension de leur ventre pendant les neuf mois de leur grossesse sont des causes bien capables de seconder et de rendre efficaces les dispositions naturelles que l'on peut avoir à ces hernies. »

En 1746, Lachausse (1) divise les hernies ventrales en

(1) Lachausse. — De hernia ventrali Argentor et in haller disp. chir. T. III.

simples et complexes. Les hernies complexes sont celles dans lesquelles la poche contient des viscères nombreux, il leur réserve le nom d'éventrations.

En 1764, Klinkosch (1) cite des cas dans lesquels la paroi abdominale tout entière relâchée forme un véritable sac aux viscères.

En 1768 Portal (2) introduit un nouveau point de vue basé sur la constitution anatomique de la poche herniaire et sur la pathogénie de la hernie. Il admet l'éventration traumatique avec rupture du péritoine et l'éventration spontanée, principalement postpartum, avec simple dilatation du sac. « Les tumeurs qu'elles forment, dit-il, rentrent facilement et sortent de même ; elles sont molles, flexibles, rarement sujettes aux adhérences et à l'étranglement. »

Richter (3), en 1784, apporte une idée nouvelle. Il explique la formation de certaines formes d'éventration par l'écartement des fibres musculaires sous l'influence d'une distention telle que la grossesse.

Desaut et Chopart (4), en 1793, séparent nettement les hernies ventrales des énormes hernies de la ligne blanche chez les femmes, et citent, chez les grandes multipares, des cas où la paroi abdominale relâchée tombait jusqu'au milieu des cuisses.

A. Cooper (5), en 1804, réunit dans le même groupe

(1) Klinkosch. — *Dissertationes pragenses*, V. I. 1764.

(2) Portal. — *Précis de chir. pratiqu.* T. II, p. 659. 1768.

(3) G. Richter. — *Traité des hernies*, 1784. Traduct. par Rougemont, 1788.

(4) Desaut et Chopart. — *Traité des mal. chir. de la poitr. et du bas-ventre*, T. II. An IV de la Républ.

(5) Astley Cooper. — *Traité des Hernies* (1804-07). Traduct. de Richelot et Chassaignac. Paris 1837.

les hernies ventrales et de la ligne blanche, mais il effleure à peine le sujet qui nous occupe, s'attachant spécialement à l'étude des hernies épigastriques et de celles qui se font par la ligne semi-lunaire de Spigel.

Sabatier, (1) en 1832, explique la formation de l'événtration par la cessation subite de la distension des parois abdominales à la suite de l'accouchement. *Il note tout spécialement l'usage du corset comme prédisposant beaucoup à cette affection.*

Lawrence (2), le premier, établit une distinction très nette entre la hernie et l'événtration. Il distingue les hernies proprement dites du relâchement général des parois abdominales pour lequel il fait une classe à part.

Cruveilhier (3) précise encore mieux et considère que, dans les hernies proprement dites, il y a passage de l'intestin à travers un anneau, tandis que, dans l'événtration, il y a absence d'anneau. Il appelle événtrations « les déplacements qui résultent du relâchement ou de la dilatation avec amincissement des parois abdominales. »

En 1857, Nélaton (4) donne encore le nom d'événtration aux grosses hernies ventrales.

Nous devons encore citer comme ayant contribué à l'étude des hernies ventrales, mais peu à l'événtration : Boyer (5),

(1) Sabatier. — Médecine opératoire. Edition de 1832. T. III.

(2) W. Lawrence. — F. R. S. Traduit de l'Anglais sur 3^e édition par P. A. Bécлар et J. G. Cloquet.

(3) Cruveilhier. — Anatomie Pathol. générale Tome 1^{er}.

(4) Nélaton. — Eléments de Patholog. chirurg. Tome IV.

(5) Boyer. — Traité des mal. chir. 1822.

Beaumont de Lyon (1), Velpeau (2), Verdier (3), Vidal de Cassis (4), Malgaigne (5).

Les thèses de Reignier (1878) et d'Ollivier (1879) résument les idées de l'époque sur le sujet qui nous occupe. Ollivier, dans sa « Contribution à l'Etude des Eventrations », confond entièrement éventration et hernie ventrale. Dans chacune de ces deux thèses, le traitement est à peine indiqué.

En 1836 pourtant Gerdy avait appliqué à une éventration son procédé d'invagination pour les hernies inguinales.

En 1884, Maas opère en réséquant la peau, ouvrant le sac et faisant une suture séparée du péritoine et des muscles droits.

En 1886, Goullioud étudie surtout les éventrations post-opératoires, mais il traite de la même façon les éventrations consécutives aux grossesses. Il préconise la suture en surjet à triple étage. Nous y reviendrons avec plus amples détails à notre chapitre Cure radicale.

Définition. — Avant d'aller plus loin et de commencer la description de l'éventration post partum, nous devons adopter une définition exacte et préciser le sens du mot éventration. Nous venons de voir, d'après l'historique, que les auteurs sont loin d'avoir la même opinion sur ce point. Les différents sens accordés au mot éventration sont résumés dans la thèse de Reignier (6).

J.-L. Petit donne le nom d'éventrations à toutes les

(1) Beaumont. — Notice sur les Hernies 1827.

(2) Velpeau. — Traité de médéc. opérat. 1832.

(3) Verdier. — Traité pratiqu. des Hernies 1840.

(4) Vidal de Cassis. — Traité de Path. ext. 1841.

(5) Malgaigne. — Leçons sur les Hernies, 1841.

(6) Reignier. Thèse de Paris, 1878.

hernies ventrales atteignant un volume considérable. La-chausse réserve ce nom aux hernies dites complexes, à celles « qui contiennent des viscères nombreux. » Cruveilhier donne ce nom au « relâchement avec amincissement de la paroi. »

Si nous ouvrons le Dictionnaire des Sciences médicales, nous trouvons la définition suivante de B. Auger : (1)

« Nous comprenons sous le nom de *hernies ventrales* ou *éventrations* toutes les hernies qui se forment dans les régions antérieure et latérale de l'abdomen, au côté externe des muscles droits. »

Il y a là une confusion absolue entre les termes hernie ventrale et éventration. Mais nous trouvons une définition précise dans le traité des accouchements de Tarnier et Chantreuil. Monsieur Tarnier (2) s'exprime ainsi :

« Si les fibres aponévrotiques de l'abdomen ont été forcées par la distension trop grande des parois abdominales pendant la grossesse, on peut très facilement, après l'accouchement, refouler la ligne blanche avec la main et sentir le bord interne des muscles droits. Dans les mêmes conditions, si la femme fait un effort, les viscères abdominaux repoussent violemment la ligne blanche en avant, et celle-ci fait une saillie très accusée. On dit alors qu'il y a éventration. »

C'est la seule définition que nous retenons. Elle précise nettement le sens du mot éventration tel qu'on doit le comprendre désormais. Nous dirons que *l'éventration est une distension anormale de l'abdomen qui ne s'explique*

(1) B. Auger. Dict. des Sciences médicales, mot éventration.

(2) Tarnier. Traité de l'art des accouchements,
Querneau

ni par l'hyperplasie adipeuse ou musculaire des parois du ventre, ni par l'existence d'une tumeur intraabdominale permanente comme un kyste ovarique, un fibrome utérin, ou passagère comme l'ascite, le tympanisme. Cette saillie anormale résulte donc uniquement du relâchement et de l'amincissement des diverses couches pariétales du ventre. Dans ce relâchement, les tissus fibreux sont les plus intéressés : l'écartement des muscles droits, l'élargissement ou mieux l'étalement de la ligne blanche et des autres espaces fibreux constitue la lésion dominante.

Les bandes musculaires elles-mêmes sont tirillées, étalées, aplaties.

L'éventration représente par conséquent la persistance dans les parois abdominales des transformations subies par elles pendant le développement de l'œuf. Ces transformations devraient disparaître progressivement après l'accouchement. Si, pour des raisons que nous étudierons tout-à-l'heure, les tissus ne reviennent pas à leur état primitif, physiologique, l'éventration est constituée. C'est cette éventration seule que nous voulons étudier ici. Nous laissons de côté l'éventration congénitale provenant d'un arrêt de développement ou d'un manque absolu de paroi abdominale. Ces cas, intéressants au point de vue tératologique, ne doivent pas entrer dans le cadre restreint de notre thèse. Il en sera de même de l'éventration qui suit les laparotomies. Les chirurgiens s'attachent désormais à la prévenir, en suturant séparément les différents bords de la paroi abdominale. Quand elle est constituée, elle exige le même traitement que l'éventration post-partum.

Eventration physiologique

Le développement dans l'intérieur de la cavité abdominale d'une tumeur telle que l'utérus gravide, ne peut exister sans provoquer des changements importants dans la constitution de la paroi. Auvar d'it que l'utérus puerpéral amène une véritable dislocation, un éclatement des différents éléments qui la constituent. Nous sommes loin d'admettre cette théorie à la lettre. Elle est d'ailleurs insuffisante dans son énoncé.

La grossesse agit à la fois d'une façon mécanique, en distendant le plan musculo-aponévrotique du ventre et en lui imposant des transformations d'ordre trophique.

Mécaniquement, les muscles subissent un allongement et un déplacement en rapport avec le développement progressif de l'utérus. Les droits se laissent écarter de la ligne médiane, perdent leur parallélisme et finissent par délimiter entre eux une ellipse à grand axe vertical, uniquement occupée par des tissus aponévrotiques. Cette transformation ne s'étend pas aux autres muscles, obliques et transverses, qui, grâce à leur superposition, ne laissent pas d'intervalle fibreux libre entre eux. Exception cependant est faite pour le triangle lombaire de J.-L. Petit et pour l'aire aponévrotique inférieure des obliques. Mais le triangle lombaire, grâce à son éloignement de la paroi antérieure et l'aponévrose des obliques, grâce à sa résistance et à son éloignement de la région médiane de l'abdomen, sont à l'abri de tiraillements trop considérables.

C'est donc sur la ligne blanche que se concentre l'effort de distension et ce sont les muscles droits qui sont princi-

palement mis à l'épreuve, ce qui explique que les auteurs ont toujours envisagé ce point spécial dans l'étude de l'évémentation.

Sous l'influence de la pression excentrique, ces muscles s'aplatissent et s'amincissent, non cependant dans des proportions aussi considérables qu'ils le pourraient faire s'ils n'étaient pas bridés et maintenus par les travées fibreuses résultant de l'entrecroisement de leurs gaines.

Le tissu aponévrotique qui constitue ces gaines, leurs intersections, le raphé fibreux qui sépare le bord interne des droits, éprouvent proportionnellement les effets du refoulement lent dû à l'utérus gravide. Ils s'amincissent, s'étirent, leurs faisceaux entrecroisés se disjoignent et, pour eux, on peut accepter qu'il se produit une sorte d'éclatement capable d'agrandir leurs mailles et d'affaiblir le réseau formé par leurs fibres entrecroisées. Il y a donc, au point de vue mécanique, quelque parité dans les transformations subies par le tissu musculaire et le tissu fibreux.

Mais les choses ne se passent pas de même si l'on considère un autre point de vue : les transformations trophiques de l'ensemble. En effet, pendant la gestation, l'activité circulatoire, qui s'exagère du côté des organes génitaux, s'étend aussi aux systèmes qui en dépendent. Les ligaments utérins, les mamelles, la paroi abdominale, subissent les mêmes phénomènes d'hypernutrition. En ce qui concerne spécialement les muscles de cette paroi, les éléments qui les constituent prolifèrent, et il se forme, comme dans l'utérus, un tissu de nouvelle formation qui vient doubler le tissu préexistant. Les faisceaux musculaires s'hypertrophient en proportion de leur allongement

et de leur étalement, en proportion aussi du surcroît de travail que leur crée la tension exagérée de l'abdomen. Ce phénomène n'est pas discutable. Est-ce à dire qu'on peut être aussi affirmatif à l'égard des éléments fibreux ? Ceux-ci n'ont qu'un rôle secondaire, en quelque sorte passif, comparé au rôle de résistance active des masses musculaires. En outre, leur constitution dans l'ordre physiologique est toute différente. Composés d'éléments adultes en majeure partie et peu susceptibles d'accroissement, peu vasculaires d'autre part, il est à supposer que la grosseur ne leur imprime pas ce cachet spécial de suractivité trophique qui pourrait contrebalancer leur affaiblissement mécanique. C'est en quelque sorte une loi générale de physiologie applicable à beaucoup d'autres phénomènes analogues que nous nous contentons de rappeler. Il n'est pas douteux en effet que, lorsque, par suite de violences ou de traumatismes, les tissus fibreux ont eu à souffrir des tiraillements, des distensions exagérées, ils réparent très insuffisamment les lésions produites.

Le tissu élastique et le tissu conjonctif proprement dit qui entrent dans la composition du tissu fibreux sont très peu aptes à une telle restauration. Nous en pouvons déduire déjà, en ce qui concerne notre sujet, que l'éventration post-partum sera surtout le fait des altérations de la ligne blanche, bien plus que des altérations musculaires, puisque, outre qu'elle subit les effets mécaniques de la distension abdominale, cette aponévrose n'a pas la faculté de réagir, de lutter activement contre l'effort et de trouver dans cette lutte les conditions favorables à une hypertrophie proportionnelle. En d'autres termes, si le muscle se

comporte comme une bande élastique tirillée, violentée, le tissu fibreux se comporte comme le ferait une corde.

Comme conséquence de ce qui précède, la ligne blanche se trouve donc notablement élargie par la grossesse. Elle mesurerait d'après Cazeaux onze centimètres de large au niveau de l'ombilic chez une femme à terme.

Lorsque l'accouchement s'est effectué, la paroi abdominale resté relâchée. L'utérus, exonéré du produit de la conception, se trouve brusquement réduit de volume. La paroi abdominale ne pouvant suivre que très lentement et incomplètement l'utérus dans son mouvement de retrait se trouve par là même beaucoup trop ample. Cet excès d'ampleur, il est facile de s'en convaincre, porte surtout sur la région fibro-aponévrotique antérieure. Grâce à leur contractilité et à leur tonus exagéré, les muscles droits réussiront en effet à se rapprocher sur la ligne médiane, mais ils laisseront nécessairement entre eux un espace vide, flottant, occupé par la ligne blanche élargie. Dans cette gouttière viendront se loger les viscères abdominaux, et le moindre effort suffira pour accuser une saillie anormale, sorte de fausse hernie temporaire qui ne disparaîtra qu'autant que le rapprochement des muscles de plus en plus complet aura permis, à la longue, au tissu élastique de la ligne blanche de réduire les proportions de cette membrane. Normalement cette réduction ne se fait pas sans obstacles. D'une part la tumeur utérine reste volumineuse pendant un certain temps et ne disparaît réellement de l'abdomen que vers le 10^e jour. D'autre part l'intestin tendra à combler tous les vides et fera effort dans une certaine mesure contre la paroi abdominale. Les autres viscères abdo-

naux agiront pour augmenter cette action de l'intestin. Il ne faut pas oublier en effet qu'ils n'occupent plus exactement leur place normale. Les ligaments qui les soutiennent sont allongés, éloignés de leurs insertions. Il y a un certain degré de ptose. Glénard a particulièrement insisté sur ce point et nous aurons l'occasion d'y revenir dans le courant de ce travail.

Toutefois ces conditions d'ordre purement mécanique ne peuvent exercer qu'une action très faible facilement dominée par le retrait progressif de la paroi musculaire du ventre.

Un autre phénomène vient s'ajouter à la réaction active des muscles, grâce auquel ceux-ci récupèrent rapidement le surcroît d'activité et d'énergie qui semble leur faire défaut dans les premiers jours de la période post-puerpérale.

Ils subissent en effet une involution proportionnelle à l'hypertrophie gravidique et très comparable à ce qui se produit pour l'utérus. « Pour que l'involution de l'appareil génital soit complète, dit M. Doléris (1), elle doit se faire dans les ligaments utérins, les parois vaginales, la musculature du périnée, la paroi abdominale elle-même. Il faut que tout organe modifié par la grossesse revienne à son état normal. »

Cette involution pariétale normale comprend deux ordres de phénomènes.

Les premiers sont d'ordre macroscopique et sont accessibles à nos moyens ordinaires d'investigation.

(1) Doléris. — Troubles physiologiques non inflammatoires de l'utérus, p. 59.

Ils consistent dans la disparition progressive de la saillie exagérée que forment les parois abdominales après l'accouchement.

Les seconds sont d'ordre histologique ; ils consistent dans la disparition des éléments qui sont venus se surajouter aux tissus pour permettre à la grossesse de s'effectuer et leur remplacement par des éléments nouveaux du type normal, non gravidique.

Dans les conditions normales, l'éventration doit disparaître, une fois ces transformations effectuées. Mais il faut que leur succession soit harmonieuse, point troublée, et, en tout état de cause, elle requiert un certain temps. Cette éventration est donc une anomalie très passagère, et à ce titre, on peut lui concéder l'épithète de physiologique.



Éventration Pathologique

Il peut arriver que l'éventration qui existe après l'accouchement ne disparaisse pas complètement. La persistance de cet état de relâchement réside dans un trouble quelconque de l'involution et dans les fautes commises contre l'hygiène réclamée par les conditions spéciales des femmes dans leurs suites de couches.

Plusieurs conditions en effet sont nécessaires pour que les deux ordres de phénomènes qui caractérisent l'involution s'effectuent normalement. Il faut tout d'abord que la distension des parois n'ait pas été trop violente. Nous verrons tout à l'heure que les causes, susceptibles de surdistendre les parois abdominales, entravent à un haut point l'involution physiologique.

La femme doit être soumise à un *repos suffisant* après ses couches. La reprise prématurée des exercices fatiguants après l'accouchement est une cause avérée de *subinvolution*, la fatigue imposée aux muscles avant leur rétablissement complet arrête le travail de réparation qui s'y produit.

Toute cause morbide générale ou locale survenant durant la période de réparation qui suit la gestation, est un obstacle à l'involution. Les *infections utérines* en particulier agissent très défavorablement sur le retour des parois abdominales à l'état normal.

Mais la cause prépondérante de la subinvolution parié-

taille est la *répétition à courts intervalles des grossesses*. Il est admissible en effet que, dans l'espèce humaine, il faut environ deux ans pour que la succession des phénomènes liés à la gestation s'accomplisse régulièrement, le cycle de la fonction génésique comprenant neuf mois de gestation et 12 à 15 mois d'allaitement. Si une nouvelle grossesse survient trop tôt, les transformations recommencent surprenant les tissus insuffisamment reposés. Dans ces cas il existe un surmenage et il y a risque de subinvolution dans les suites de couches.

Un phénomène singulier et tout opposé à la subinvolution peut se produire, dans des circonstances très rares à la vérité.

Nous voulons parler de la *supérinvolution*. La *supérinvolution* est caractérisée par une involution très rapide, une résorption très accélérée après l'accouchement des éléments qui se sont surajoutés aux tissus pendant la grossesse, aussi bien que des éléments musculaires et fibreux préexistants. Il est très probable que, dans ces cas exceptionnels, les tissus subissent une dégénérescence granulo-graisseuse rapide. La résorption des éléments qui proviendraient de cette fonte grasseuse, laisse après elle une paroi très mince, flasque, incapable de maintenir complètement les viscères abdominaux.

Pour toutes les raisons qui précèdent, les parois abdominales présentent dans le type pathologique de l'Eventration et à l'état permanent, un écartement prononcé des grands droits avec amincissement de la ligne blanche.

Ces phénomènes sont-ils suffisants pour caractériser l'état morbide qui fait le sujet de ce travail. Il serait exa-

géré de répondre affirmativement. D'abord, il y a des degrés variables dans l'Eventration, et il serait peu aisé d'établir d'une façon mathématique le point où elle revêt manifestement le caractère pathologique.

Ensuite il faut tenir compte de la tolérance des femmes et cette tolérance varie nécessairement suivant la condition sociale, la possibilité de s'abstenir d'efforts et de travaux pénibles, ou l'obligation de s'y adonner. De ces conditions mêmes découle un élément très important, à savoir l'arrêt dans la marche de l'éventration ou l'aggravation progressive de celle-ci. Enfin il faut tenir compte avant tout du retentissement que la difformité, une fois constituée, aura sur la santé générale et des phénomènes pathologiques secondaires qu'elle est susceptible d'entraîner.

On comprendra très bien que telle femme qui, à la suite de plusieurs grossesses, aura acquis un degré d'éventration réellement pathologique, pourra, en gardant un repos prolongé, en s'abstenant d'efforts, en se soumettant à des mesures de protection fort simples, tolérer sans gêne, sans malaise et sans conséquence fâcheuse ultérieure, un degré d'éventration qui constituera une véritable maladie pour une femme soumise à l'obligation d'un travail régulier.

Il faut ajouter encore que la nature use fréquemment d'un artifice qui arrive à pallier sensiblement la laxité de la paroi abdominale en favorisant un *développement anormal du tissu adipeux sous-cutané*. De cette façon, la paroi s'épaissit, les vidés se combler, les rides de la peau disparaissent, les tissus acquièrent une épaisseur et une densité suffisantes pour obvier à l'inconvénient du relâ-

chement. Le ventre paraît, à la vérité, plus volumineux, mais il est facile de s'assurer que, dans cette augmentation de volume, la tension de la paroi intra-abdominale ne joue qu'un rôle restreint, tandis que le principal rôle revient au développement du pannicule graisseux. Cette constatation ressort nettement d'examens répétés sur un grand nombre de femmes pratiqués par M. Doléris qui en a fait l'objet d'une observation toute spéciale. D'après le terme employé par lui : « C'est à la faveur du *capitonnage graisseux* de la paroi que beaucoup de femmes arrivent aisément à la tolérance de l'éventration, sans que pour cela la déformation pathologique cesse de subsister. » Encore faut-il que cette apparente restauration n'acquière pas elle-même un degré excessif, auquel cas elle constituerait pour son compte une infirmité presque aussi gênante que la première.

Cette réserve faite, et restant bien entendu qu'elle ne s'adresse qu'à une catégorie limitée d'accouchées, l'intolérance de l'éventration est la règle dans les conditions ordinaires de la vie pour les femmes de la classe laborieuse, et ce n'est qu'à la faveur d'appareils de contention plus ou moins perfectionnés qu'elles arrivent à en atténuer les effets les plus fâcheux.

Nous dirons donc qu'il y a éventration pathologique toutes les fois que l'affection est suffisamment prononcée pour provoquer des phénomènes morbides quelconques. Certaines éventrations très volumineuses peuvent ne s'accompagner d'aucune gêne apparente. Mais si l'on examine de très près les femmes qui en sont atteintes, on trouvera le plus souvent qu'elles sont incapables d'un effort pénible

ou prolongé, qu'elles sont condamnées à de fréquentes périodes de repos imposées par une fatigue dont la cause leur échappe, qu'en outre elles se plaignent de troubles variés le plus souvent localisés à tort et rapportés à des lésions organiques, tandis que la cause en réside nettement dans le relâchement de la paroi abdominale.

Au demeurant, il est un fait qui n'est contesté par personne, c'est que l'intolérance apparaît fréquemment dans des conditions qui viennent modifier la vie habituelle de la femme. Les fatigues excessives, les causes morales rendront manifestes l'importance de cette anomalie alors que la santé n'en avait paru nullement troublée jusque là, et mieux encore, c'est au cours d'une nouvelle grossesse que ces conséquences s'affirmeront pour revêtir leur maximum de gravité à la dernière période de la gestation et au moment de l'expulsion du fœtus alors que le secours de la sangle abdominale devient le plus nécessaire.

Ces conséquences fâcheuses de l'éventration, nous les verrons tout à l'heure au chapitre Pronostic, mais voyons de plus près et en détail chacune des causes susceptibles d'engendrer l'éventration pathologique après l'accouchement.



Etiologie

Les causes qui favorisent la production de l'éventration sont très nombreuses. Nous les examinerons en dehors de la grossesse et pendant la grossesse.

En dehors de la grossesse les causes sont relatives à la constitution de la femme et aux conditions d'hygiène dans lesquelles elle vit.

L'état constitutionnel, la valeur des tissus sont des facteurs d'une grande importance sur la succession des phénomènes post-partum et tout particulièrement sur l'involution de la paroi abdominale. Certaines femmes présentent une *débilité originelle des tissus* très favorable à la formation et à la persistance de l'éventration dans les suites de couches.

« La ligne blanche, dit Lawrence (1), présente quelquefois une faiblesse naturelle très favorable aux hernies ». Cette marque de débilité locale est indiscutable. Le « New London Med. Journal » (2) cite le cas d'une enfant de deux ans chez laquelle il existait une fente de deux travers de doigt de largeur étendue de la poitrine au pubis et chez laquelle les viscères rentraient et sortaient avec facilité.

M. Cooper (3) a vu trois hernies de cette ligne chez une

(1) Lawrence. Loc. cit.

(2) New London Med. Journal, 1792. Vol. 1.

(3) M. Cooper. Traité des Hernies, de A. Cooper.

enfant de trois ans. Nous avons nous-même recueilli dans la thèse de Reignier l'observation d'une femme qui, à chaque grossesse, était atteinte d'une ou plusieurs hernies de la ligne blanche ou à côté de cette ligne, « tellement qu'elle en était toute bosselée ». Cette faiblesse naturelle de la ligne blanche se généralise parfois à tous les tissus, condition qui n'en est que plus favorable à la production de l'éventration après une grossesse. Nous ne pouvons mieux faire que de citer ici les paroles de M. Tuffier (2) dans une leçon faite à l'Hôpital Beaujon :

« L'ensemble des accidents qui caractérisent cette affection (néphroptose et entéroptose), dépend d'une véritable affection générale qui n'est pas classée et qui cependant me paraît fréquente. Elle forme une entité anatomo-pathologique et une entité clinique. Tous les tissus de l'économie semblent frappés en même temps d'une insuffisance de vitalité, de nutrition et de résistance. Ils sont en état d'infériorité physiologique. Le système musculaire lisse se laisse distendre, constituant la dilatation de l'estomac et l'entéroptose avec rein mobile.

« Le système musculaire à fibres striées se laisse forcer, et vous trouvez le ventre à triple saillie si bien décrit par Malgaigne ; le système fibreux n'est pas mieux partagé, car il existe une insuffisance des anneaux naturels, entraînant les hernies de faiblesse, pendant que la débilité des sphincters permet l'issue du rectum et que l'atrophie du plancher pelvien laisse tomber l'utérus. Si cette mauvaise qualité des tissus peut être partielle, elle provoque une

(2) Tuffier. Formes cliniques du rein mobile et diagnostic du rein mobile. Sem. Méd., 16 sept. 1891.

seule lésion d'un seul organe, mais si elle se généralise, elle constitue alors une insuffisance plus ou moins considérable des viscères et des parois splanchniques. »

Cette débilité originelle des tissus, plus ou moins prononcée suivant les cas, généralisée ou localisée à la paroi abdominale, est une des causes les plus puissantes de l'éventration. La trame fibreuse de la ligne blanche, celle musculaire des grands droits, se laissent distendre et relâcher outre mesure par la grossesse ; leur élasticité, leur tonus sont insuffisamment puissants pour les faire revenir, après cette distension, à leur état normal : il y a de l'éventration. Mais il arrive souvent que l'éventration de cette origine est accompagnée de ptoses viscérales nombreuses, d'autres systèmes étant touchés simultanément par cette même débilité : c'est chez ces femmes que l'on voit survenir, après l'accouchement, en même temps qu'une éventration, un prolapsus utérin, une rétrodéviation, une néphroptose, une gastropose, etc.

Il est, comme on le voit, difficile de pénétrer les causes intimes d'un pareil trouble de la santé générale : ce qui frappe en ceci, c'est la façon dont peut être atteinte le tissu musculaire. Or, la liaison intime de ce dernier avec le système nerveux donne de suite à penser que les *affections névropathiques* à type asthénique doivent souvent jouer un rôle. Ajoutons à cela les *altérations morbides générales* pouvant atteindre les tissus, les affections débilitantes, telles que la tuberculose, la chlorose, la scrofule, etc., etc., qui agissent dans le même sens en mettant les tissus dans un état d'infériorité manifeste.

A ces groupes, peuvent se rattacher des conditions

d'ordre à la fois organique et mécanique antérieures à la grossesse. Les femmes dont la paroi abdominale a été longtemps distendue par une *tumeur*, par de l'*ascite*, celles qui ont été pour un temps sujettes à un tympanisme, particulièrement le *tympanisme nerveux*, celles dont la conformation vicieuse du squelette (scoliose) a causé le développement exagéré de l'abdomen, en un mot toutes celles qui ont subi pendant un certain temps une distension abdominale coïncidant avec une faiblesse musculaire, sont dans des conditions très favorables à la production d'une éventration dans leurs suites de couches.

Certaines *mauvaises conditions d'hygiène* ont de même une action fâcheuse. Pour ne parler que du *corset*, le port de cet appareil, serré avec exagération, contribue à déformer entièrement l'abdomen. Il sépare la cavité abdominale en deux cavités, l'une supérieure, l'autre inférieure dans laquelle est refoulée toute la masse intestinale. Ce refoulement et le tympanisme que subit généralement, par le fait de cette striction, la partie de l'intestin abaissée, causent une distension du bas-ventre, distension qui, longtemps soutenue, amène un relâchement de la paroi très capable de favoriser l'éventration post-partum.

Le port du corset, pendant la grossesse, a des inconvénients encore plus graves que nous verrons tout-à-l'heure.

Causes dépendant de la grossesse. — Les causes qui, pendant la grossesse, sont susceptibles d'entraîner une éventration persistante, pathologique, sont toutes relatives au volume exagéré du ventre. Elles comprennent donc toutes celles qui amènent une surdistension de la paroi

abdominale, et, partant, un amincissement anormal pouvant persister après la disparition de la cause distendante. Or, le volume exagéré du ventre pendant la grossesse peut provenir de conditions inhérentes à la mère, au fœtus et à l'œuf. Nous examinerons donc successivement ces causes du côté de la mère, du côté du fœtus et enfin du côté de l'œuf.

Causes d'origine maternelle. — En règle générale, l'utérus, dans la gestation, atteint, au 9^e mois de la grossesse, un volume à peu près égal chez toutes les femmes. Au lieu de mesurer de 3 à 5 centimètres cubes, comme à l'état de repos, sa capacité au terme de la grossesse est de 4 à 5 litres. Si, pour une cause quelconque, les dimensions de la cavité abdomino-pelvienne se trouvent amoindries, l'utérus, atteignant malgré cela, son volume au 9^e mois, la paroi abdominale antérieure, la seule qui puisse se laisser relâcher, en subira le contre-coup. Elle éprouvera donc une surdistension dont le degré sera relatif au degré de la cause. Or, les causes qui diminuent la capacité de la cavité abdominale sont nombreuses. Au nombre de celles-ci, nous devons ranger :

La petite taille. — Comme tout le monde sait, les petites femmes ont un très gros ventre pendant leur grossesse. Petites et grandes femmes ont dans l'abdomen, au moment du terme, un produit de conception de mêmes dimensions, le volume de l'utérus se trouvant sous la dépendance de causes variées autres que la taille de la mère. La paroi antérieure de l'abdomen sera donc plus distendue chez les petites femmes, d'où prédisposition à l'Eventration.

Dans les cas que nous avons examinés nous-mêmes,

et dans les observations du « Palper abdominal » de M. Pinard, la petite taille est notée soigneusement.

M. Pinard note lui-même la taille de 1 m. 29 dans une de ses observations, et dans une autre il dit que la femme était « très petite ». Nous avons trouvé, chez une des femmes que nous avons examinée, une taille de 1 m. 38, et chez une autre 1 m. 39.

Le faible développement du tronc et les déformations vertébrales sont aussi des facteurs d'une grande importance dans l'étiologie de l'Eventration, et cela pour les mêmes raisons que nous venons de dire. Comme le dit Matteï (1), « la femme fluette, dont le squelette n'a pas, dans le sens transversal, les proportions qu'il a dans le sens vertical, aura un ventre plus saillant que celles qui se trouvent dans les conditions contraires. A plus forte raison, le ventre sera plus saillant chez les femmes dont le squelette est à la fois court et étroit. »

Mais on doit tenir compte aussi, d'après Matteï, du développement proportionnel de la *base de la poitrine*. L'étroitesse de la base de la poitrine contribuerait beaucoup à la saillie du ventre. Si cette base est étroite, les organes qu'elle contient sont rapprochés de la ligne médiane, et le diamètre vertical de la cavité abdominale est diminué d'autant. Les muscles qui vont de cette base au bassin, c'est-à-dire les muscles droits, seront donc plus distendus et affaiblis par la progression de la tumeur utérine.

Les *viciations pelviennes* sont aussi des causes importantes d'éventration, et cela pour plusieurs raisons. Qu'arrive-t-il en effet dans les derniers temps de la gros-

(1) Matteï. — Essai sur l'accouchement physiologique 1855.

sesse chez les femmes qui ont un bassin normal ? La tête foétale s'engage, elle pénètre dans l'excavation. Il en résulte un fait important au point de vue de l'intégrité de la paroi abdominale antérieure, c'est que la saillie abdominale est diminuée, la cavité abdominale n'ayant plus qu'à loger une partie du fœtus. Les femmes disent que « leur ventre tombe ». Mais dans le cas contraire, si le bassin est rétréci, la partie qui devrait s'engager reste au-dessus du détroit supérieur, la tumeur que forme alors l'utérus dans la cavité abdominale en est plus volumineuse : la paroi abdominale antérieure par conséquent, dont l'élasticité est presque seule en jeu, en supportera la conséquence.

Mattei fait remarquer que le rétrécissement seul des fosses iliaques est capable aussi de faire déborder l'utérus en avant, mais nous noterons que ce rétrécissement coïncide le plus fréquemment avec le rétrécissement général du bassin, le bassin *justo minor* d'origine congénitale ou rachitique.

Ajoutons que la surdistension de l'abdomen par l'utérus non descendu dans l'excavation à la fin de la grossesse chez les femmes à bassin rétréci, n'est pas seule en cause. Chez ces mêmes femmes, les efforts expulsifs que nécessite l'accouchement sont beaucoup plus violents que chez les femmes à bassin normal. la paroi abdominale sera donc plus amincie, plus relâchée que normalement.

La striction par le corset. Certains auteurs reconnaissent à l'usage du corset l'avantage d'empêcher jusqu'à un certain point la formation des hernies ombilicales, la partie antérieure et inférieure de l'appareil venant s'appliquer directement et énergiquement sur la partie supérieure du

ventre, plus bas que l'ombilic. Nous ne discutons pas cette opinion, mais c'est précisément la constriction de la partie supérieure du ventre et de la base de la poitrine que nous voulons incriminer ici dans l'étiologie de l'éventration. Quel est en effet le résultat de cet instrument d'esthétique ? Nous ne parlerons pas de la constriction qu'il imprime aux organes maternels, constriction dont nous n'avons pas à discuter ici les inconvénients. Nous dirons simplement que le résultat général est de serrer, d'immobiliser la partie supérieure du ventre, en laissant libre seule sa partie inférieure. Il favorise donc d'une façon absolue l'un des facteurs essentiels de l'éventration, le relâchement de la ligne blanche. L'utérus gravide, comme nous l'avons dit plus haut, pour se développer progressivement pendant la gestation, doit trouver dans la cavité abdominale la place qui lui est nécessaire. Or, le corset ne laissant libre que la partie inférieure de cette cavité, cette partie inférieure subira une distension exagérée, d'autant plus que l'utérus, pour continuer à se développer dans ces cas, sera obligé de se mettre en antéversion. D'un autre côté le corset favorise d'une façon toute particulière une des causes efficientes de l'éventration. Nous voulons parler de la store intestinale. Glénard a particulièrement insisté sur ce point. Dans notre observation 3, le fait le plus en relief dans le mécanisme de production de l'éventration, est la striction par le corset, striction destinée à masquer l'état de gravidité.

Cette prétention de masquer la grossesse par le corset est d'ailleurs une pure illusion. Les femmes de la campagne qui ne portent pas de corset ont le ventre très peu saillant pendant la grossesse si aucune autre cause ne

vient s'en mêler. Matteï cite le cas d'une femme de la campagne, de la taille de 1^m60, venue à l'hôpital pour accoucher « et son ventre à 9 mois n'était pas plus apparent qu'une autre à 7 ». Le contraire existe chez les femmes des villes qui « par parenthèse, ne voudraient pas avoir beaucoup de ventre, tandis qu'elles font, à leur insu, tout ce qu'il faut pour en avoir un bien saillant. » La surdistension de la paroi abdominale aurait encore une autre cause, d'après Matteï, chez les femmes des villes. Chez elles la quantité du liquide amniotique serait toujours plus abondante, opinion au moins contestable.

Causes d'origine fœtale. — Elles sont relatives à la distension que le fœtus peut faire subir aux parois maternelles. Or cette distension est mesurée par le volume du fœtus d'une part, le nombre des fœtus d'autre part.

La grossesse gémellaire ou les très gros enfants, en surdistendant la paroi abdominale, favorisent donc l'événtration, particulièrement chez les femmes présentant une ou plusieurs des causes précédentes.

Causes d'origine ovulaire. — Le volume de l'œuf dépend, l'hypertrophie placentaire à part, de la quantité de liquide amniotique qui entoure le fœtus. Toutes les causes, susceptibles de produire l'*hydramnios* prendront par là même une place importante dans l'étiologie de l'événtration. Nous citerons, mais sans insister nullement :

L'augmentation de pression dans la veine ombilicale (syphilis, lésions du foie, affections cardiaques, lésions du cordon, etc.).

L'augmentation des sécrétions cutanées du fœtus par lésions de la peau (voy. thèse de Bar p. 117).

L'inflammation de l'amnios ?

Les malformations fœtales.

Après l'accouchement. — Plusieurs conditions sont aussi très favorables à la persistance du relâchement des parois abdominales et, par la même, au maintien d'une difformité pathologique.

Les conditions sont :

1° *Les infections utérines ou périutérines* qui sont cause de subinvolution.

2° *La cessation de l'allaitement.* Monsieur Doléris a particulièrement insisté sur ce point. C'est un fait avéré que les femmes qui, ayant commencé l'allaitement de leur enfant, cessent brusquement de le nourrir, dans les quelques jours qui suivent l'accouchement, ont une involution lente et très retardée.

3° *Le manque de repos suffisant après les couches.* Nous avons déjà insisté sur ce point, nous n'y reviendrons pas.

4° *La reprise du corset avant la terminaison de l'involution* a encore ici un effet désastreux, d'une part en maintenant l'intestin à la partie inférieure de l'abdomen comme nous l'avons déjà dit, d'autre part en gênant la circulation de la paroi abdominale, si nécessaire, à ce moment, pour activer la nutrition de ses éléments constitutants.

Telles sont énumérées aussi complètement que possible les causes qui, avant, pendant et après la grossesse, sont susceptibles de favoriser à un haut point l'éventration. Voyons maintenant de plus près le mécanisme suivant lequel se forme cette affection.

Pathogénie

Comme nous l'avons déjà dit, il faut, dans l'événement considérer deux circonstances essentielles : La ptose intestinale d'une part, le relâchement de la ligne blanche d'autre part. Ces deux facteurs se trouvent tout particulièrement favorisés chez les nouvelles accouchées, et spécialement chez celles qui présentent une ou plusieurs des causes prédisposantes que nous venons de dire.

Voyons donc ce qui se passe pendant la grossesse et pendant l'accouchement, d'abord du côté des viscères abdominaux, ensuite du côté de la paroi abdominale antérieure.

1° *L'intestin*, grâce à la liberté de ses attaches, possède des mouvements très étendus dans la cavité abdominale. Refoulé par la tumeur progressivement ascendante que forme l'utérus, il remonte peu à peu avec cette organe ; il n'a jamais cependant à une époque déterminée de la grossesse un emplacement bien fixe. Pourtant, la position la plus fréquente de l'utérus à terme étant oblique de haut en bas et de droite à gauche, l'intestin est rejeté le plus souvent à gauche de la ligne médiane, à la partie supérieure, et forme à cet endroit un paquet volumineux que l'on distingue nettement à sa sonorité lorsqu'on percute le ventre d'une femme enceinte. Malgré ce refoulement facile par l'utérus gravide, l'intestin n'en possède pas moins une fixité relative qu'il doit au péritoine. A l'état normal, le péritoine est, suivant

le mot imagé d'Auvard, (1) « le porte-manteau des organes abdominaux, il les fixe tous plus ou moins en arrière à la colonne vertébrale. Mais qu'une cause quelconque amène le relâchement de la séreuse, immédiatement le désordre succède à l'état normal, les organes se jettent à la dérive et s'abaissent sous l'influence de la pesanteur, comme le feraient des vêtements dans une garde-robe si on enlevait les parties qui les soutiennent », En d'autres termes le prolapsus est constitué. Mais ce prolapsus est précisément favorisé par l'accouchement. Le péritoine, en effet, d'après la théorie de Glénard (2), serait souvent décollé par l'utérus gravide au niveau de la région prélobaire, il offre donc un soutien plus faible à la masse intestinale, et cela au moment où il lui faudrait le plus d'énergie. L'une des causes importantes de l'équilibre des viscères est, en effet, comme l'ont bien démontré Glénard (3) et Schwerdt (4) la tension abdominale. Or cette tension est notablement et brusquement diminuée après l'accouchement. Cette hypotension brusque est fréquemment suivie d'entéroptose.

« La clinique, dit Glénard (5), montre que le syndrome entéroptose est beaucoup plus fréquent chez les femmes. Chez elles, en effet, la diminution brusque de la tension abdominale en est souvent la cause. » D'après sa statis-

(1) Auvard. Traité pratique de gynécologie chapitre X. Abdominopathies simili-génitales Paris 1892.

(2) Glénard. Lyon médical 1885.

(3) Glénard. *Loc. cit.*

(4) Schwerdt. Enteroptose und Intra-abdominale Druck (Deutsch Med. Woch. 1897 nos 4, 5, 6.)

(5) Glénard. Entéroptose et neurasthénie. Communicat. faite à la Soc. méd. des hôp. de Paris, 5 mai 1886.

tique, sur 200 cas d'entéroptose examinés par lui, il trouve 157 femmes et sur ces 157 femmes, 123 sont pares (uni- ou multipares) et 34 seulement multipares. L'accouchement, comme on le voit, favorise à un haut point le prolapsus intestinal, fait important dans la pathogénie de l'événtration.

2° Mais du côté de la *paroi abdominale antérieure*, les modifications n'ont pas moins d'importance à ce même point de vue. C'est en effet presque exclusivement aux dépens de cette paroi que l'utérus doit de pouvoir se développer à l'aise dans l'abdomen. Mattei le dit bien : « L'utérus, pendant la grossesse, se développe en haut et sur les côtés ; la cavité abdominale est tout à fait disposée pour cela ; le foie et la rate eux-mêmes présentent une excavation pour lui offrir plus de place ; le paquet intestinal est pelotonné dans les hypochondres et à l'épigastre, de sorte que l'utérus peut remonter jusqu'à plusieurs travers de doigt au dessus de l'ombilic. Ce n'est cependant pas en haut seulement que l'utérus a de la tendance à se développer. La paroi postérieure de cette cavité est on ne peut plus rigide, les parois latérales sont aussi assez résistantes, le diaphragme est doublé d'organes volumineux dont le poids et les fonctions sont plutôt de nature à refouler l'utérus en bas. Tout est donc disposé pour que le développement de l'utérus se fasse aux dépens de la paroi abdominale antérieure qui offre les meilleures conditions pour ce développement. C'est bien en effet ce qui se produit, témoin la saillie progressivement croissante du

(1) Glénard. Loc. cit.

ventre pendant la grossesse. La distension que subit cette paroi n'est pas sans influencer vivement l'état de ses parties constituantes. Les muscles et les aponévroses, refoulés par l'utérus, s'allongent et s'amincissent. D'après Scarpa, la laxité de la partie sus-ombilicale de la ligne blanche peut être constatée sur les femmes qui ont eu des enfants. L'attache tendineuse, dit-il, est tellement amincie par cette distension que dans certains cas elle devient demi-transparente. La ligne blanche surtout perd de son épaisseur. Chez une femme que nous avons observée pendant notre externat à la Pitié, quelques jours avant l'accouchement, l'épaisseur prise au compas par M. Démelin lui-même était réduite à 4 millimètres entre les 2 branches du compas pour la partie de paroi pincée entre le pouce et l'index, y compris l'épaisseur de la paroi utérine. L'épaisseur réelle était donc 2 millimètres, comprenant la peau, les aponévroses et le muscle utérin. En s'amincissant, la ligne blanche subit un élargissement considérable, en rapport avec le volume de l'utérus d'une part, avec la brièveté de ses dimensions à elle-même, d'autre part. « Normalement, d'après Glénard, le losange, dessiné alors par la ligne blanche, a son angle inférieur à 7 centimètres au dessus du pubis ; si, pendant la grossesse, cette ligne cède jusqu'à la symphyse, les muscles pourront glisser en arrière de l'utérus qui basculera en avant. » (!)

Au moment de l'accouchement, par le fait des contractions énergiques et répétées de la femme en travail, la distension de la paroi abdominale est portée à son apogée.

(1) Précis d'obstétrique de A. Ribemont Dessaignes et Lepage (1896)

Lorsque l'expulsion a eu lieu, il reste donc chez certaines femmes un tissu trop lâche, aminci, des muscles droits écartés. Si, pour une des causes énumérées plus haut, cet écartement a été trop prononcé ou si les lissus n'ont pas assez d'énergie pour revenir sur eux-mêmes, le relâchement de la paroi va persister ; si, d'autre part, il y a un léger degré de ptose intestinale, ce qui est fréquent, l'éventration est constituée. D'une part ptose intestinale, d'autre part écartement des muscles droits. Voilà deux faits tellement so'idaire, qui se commandent tellement l'un l'autre, que, les tissus ne pouvant plus revenir à leur état primitif, il y a éventration pathologique.

Tel est le mécanisme ordinaire de l'éventration.

Dans certains cas pourtant, elle peut se produire brusquement pendant la grossesse sous l'influence d'un effort. Heister (1) cite le cas d'une femme qui, « au 7^e mois de sa grossesse fut attaquée subitement de cette affection en levant de terre un fardeau. »

Des cas de ce genre sont assez rares ; il faut pour que l'éventration se produise de la sorte, invoquer une rupture de la ligne blanche dans le sens vertical.

L'éventration étant constituée après l'accouchement, elle n'a pas de conséquences fâcheuses immédiates. Mais si cet état persiste, quels inconvénients en découlera-t-il dans la suite pour cette femme ?

Signes et diagnostic. — Nous n'avons que peu de choses à dire sur la symptomatologie de l'éventration. Le diagnostic de cette affection s'impose d'emblée, au seul

(1) Heister. Dans Richter. Traité des Hernies (1784), traduit par Rougemont, 1788.

examen d'une femme qui en est atteinte. Mais encore faut-il, au point de vue du traitement, connaître le degré de l'éventration, la ptose intestinale concomitante, le retentissement sur l'état général de la femme. Si l'on examine une femme éventrée, lorsqu'elle est couchée, il arrive fréquemment que rien ne paraisse ; la paroi antérieure de l'abdomen semble peut-être un peu lâche, légèrement plissée ; mais si l'on fait asseoir la malade, au moment où se produit l'effort, les viscères, refoulés par le diaphragme et pressés de toutes parts par les muscles abdominaux tendent à sortir entre les muscles droits, eux-mêmes contractés. Il se forme alors une tumeur oblongue, verticale et médiane, commençant au niveau de l'appendice xiphoïde et s'arrêtant le plus fréquemment 3 à 5 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne.

Cette tumeur, parfaitement sonore, tendue et régulière, rentre brusquement dans l'abdomen, lorsque la femme relâche ses muscles, dans le décubitus dorsal.

La main, introduite dans l'abdomen, au niveau de la tumeur, est serrée et sent facilement le bord interne rigide des muscles droits, lorsqu'on commande à la malade de s'asseoir sur le lit ou de faire un effort. Dans la position verticale, la tumeur est toujours visible, surtout si la femme penche le corps en arrière, ou fait un effort pour soulever de terre un objet. Les secousses de la toux ou du rire, la femme étant couchée, en produisant la sortie et la rentrée alternative de l'intestin à travers les deux muscles, provoquent un mouvement de va et vient comique. Presque invariablement dans ces moments, la femme porte ses deux mains croisées au-devant du ventre, pour le mainte-

nir et modérer les brusques mouvements d'expansion de son intestin. Pour mesurer le degré d'éventration, il suffit de mesurer l'écartement des bords internes des droits, ce qui est toujours facile.

Dans certains cas, l'éventration est seulement sus-ombilicale, l'ombilic ayant résisté. Sœmmering (1) cite le cas d'une femme de faible constitution et ayant eu plusieurs accouchements laborieux, chez laquelle la ligne blanche s'était notablement écartée dans la partie située au-dessus de l'ombilic, la région sous-ombilicale étant normale. Mais le plus souvent, la cicatrice ombilicale cède elle-même à l'impulsion des viscères, elle s'étale, et il n'y a dans ces cas qu'une seule tumeur oblongue ayant les caractères que nous avons énumérés. Si l'ombilic a résisté et que la partie sous-ombilicale de la ligne blanche s'est écartée la tumeur est nettement séparée en deux régions, par la dépression en godet que forme l'ombilic.

Le volume de la tumeur dépend essentiellement du degré d'écartement des grands droits, mais aussi du degré de relâchement des ligaments qui maintiennent l'intestin. Dans certains cas, il y a seulement saillie exagérée du ventre, on dit que le *ventre est bombé*. Dans d'autres, la saillie est plus prononcée, et les parois abdominales retombent au devant du pubis ou sur les cuisses. On dit de ces femmes qu'elles ont un *ventre qui tombe*. Enfin, il est des femmes chez lesquelles l'écartement des droits et le relâchement de la paroi sont excessivement prononcés,

(1) Sœmmering. — Ueber die Ursache der Brusche am Bauche und Beken, p. 27.

l'intestin sort de l'abdomen presque en entier. Henkel (1) rapporte plusieurs faits de ce genre. Dans l'un d'eux, la tumeur occupait toute la partie antérieure du ventre, depuis la poitrine jusqu'aux genoux. Bartholin (2) cite de même le cas d'une femme qui eut une telle éventration après un accouchement et qui devint si grosse par la suite, que « la pauvre femme était obligée de cacher sa tumeur dans un sac. »

Notre observation 3 est celle d'une femme où l'abdomen formait une telle saillie que, dans le décubitus horizontal, intestin rentré, la peau formait un véritable tablier retombant au-dessus du pubis. Ce tablier, muni d'une couche graisseuse assez épaisse, formait une masse flasque et tremblotante d'un aspect assez particulier. Sa difformité obligeait cette pauvre femme à l'inaction et à la misère, en l'empêchant d'exercer son métier de demoiselle de magasin. Pour cette raison, M. Doléris lui fit une cure radicale, nous en donnons l'observation tout au long à la fin de notre ouvrage.

Dans les cas où la tumeur acquiert un volume aussi marqué, les différentes couches qui recouvrent l'intestin restent quelquefois normales ou même se comblent de tissu adipeux, ce qui est très favorable, comme nous l'avons vu. Mais dans certains cas, elles subissent des modifications profondes, surtout si la tumeur est peu ou pas maintenue. Elles s'amincissent d'une façon excessive, et parfois cet amincissement est tel que les anses intestinales se

(1) Henkel. — Chirurgische Operationen. IV. B. p. 67 und. 76.

(2) Bartholin. — Dans Bonet. T. IV, p. 410.

dessinent sous la peau dans les mouvements d'expansion de la tumeur, avec un reflet légèrement bleuâtre.

L'éventration n'est pas sans produire des phénomènes morbides nombreux sur la santé générale de la femme. Dans certaines observations, pourtant, il y a peu de troubles, la malade accuse de temps en temps de légères coliques au niveau de l'éventration ; la constipation est la règle constamment suivie de débâcles.

Mais dans des cas nombreux aussi, les troubles fonctionnels sont très marqués, la malade éprouve des tiraillements, un malaise spécial, des nausées, des défaillances, phénomènes qui ne cessent que par la situation horizontale. « Dans les grands écartements, ces phénomènes sont parfois si marqués, que les malades sont obligés de rester continuellement sur le dos. » (1)

A tous ces signes s'ajoutent parfois les désordres qui accompagnent le prolapsus viscéral, et le tableau de l'éventration est masqué par les symptômes de la maladie de Glénard. Cette conséquence est loin d'être fatale ; elle survient dans certaines conditions que nous allons voir tout à l'heure.

(1) Boyer. — Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent. T. VIII (1822).



Marche et Pronostic

L'Éventration a peu de tendance à la régression. Dans certains cas pourtant il peut se développer du tissu adipeux au niveau de la paroi abdominale ; ce développement adipeux refoule dans l'abdomen la partie herniée de l'intestin, la couche graisseuse, en s'étalant, relie les muscles, raffermi la paroi. Nous avons déjà parlé de l'heureux résultat de ce développement adipeux.

Mais le plus souvent l'Éventration, mal maintenue, négligée, ou aggravée par le port du corset a, comme les hernies, une tendance continuelle à s'accroître. La station debout, la marche favorisent à un haut point le prolapsus de l'intestin, les efforts accentuent leur sortie de l'abdomen. S'il survient une autre grossesse, l'écartement des muscles va s'accroître d'autant plus que cette grossesse se présentera, du fait de l'Éventration préexistante, d'une façon particulièrement favorable à amener l'accroissement de cette éventration. Si les grossesses se répètent, surtout à de courts intervalles, on arrive à ces énormes éventrations dont nous avons parlé plus haut.

Le pronostic est donc loin d'être bénin. Les conséquences immédiates d'une éventration sont peu sérieuses, mais les résultats éloignés sont parfois très graves.

Nous allons envisager ces conséquences, d'abord dans l'intervalle des couches, puis nous verrons celles qui en

résultent dans les grossesses suivantes au point de vue de l'acommodation fœtale et de l'accouchement.

Conséquences dans l'intervalle des couches. — Sous l'influence de l'Eventration, la masse intestinale a une tendance continuelle au prolapsus. L'éventration livre en effet les organes de l'abdomen à l'action de la pesanteur, et le péritoine, succombant sous le poids, se distend petit à petit entraîné par les organes qu'avec une paroi physiologique et résistante il avait de la peine à maintenir. Dans certains cas il en résulte une entéroptose plus ou moins complète.

Cette entéroptose a des conséquences inévitables décrites par Glénard (1) en 1886. Elle provoque une perturbation prononcée de l'appareil digestif, et, d'après les constatations anatomiques auxquelles il s'est livré, ces conséquences sont les suivantes :

1° Atrésie de la lumière du canal digestif au niveau des points par lesquels les extrémités des anses digestives sont solidairement fixées (anneaux ou orifices gastro-duodénal, duodéno-jéjunal, colique transverse sous-pylorique, colique sous-rectal gauche, segmoïdo-rectal).

2° Chute du seul point au niveau duquel le tube digestif est mal soutenu, mal fixé (coude droit du colon qui n'a pas de ligament propre).

3° Dévolution exclusive à l'estomac du rôle de soutenir le colon transverse prolapsé dans les 2/3 de son parcours.

4° Réalisation nécessaire du cercle vicieux suivant :

a. — Le prolapsus du colon luttant par son poids con-

(1) Glénard. — Loc. cit.

tre le relèvement de l'estomac pendant qu'il se contracte et contre sa dépletion dans le duodénum (atrésie gastro-duodénale) et conduisant ainsi à l'atonie gastrique (dilatation).

b. — La gastropse (dilatation) et l'atonie gastrique étant de leur côté une cause d'hypostase abdominale par la diminution des ingesta solubles et gazeux, qui en est la conséquence (vomissements, douleurs, réduction des ingesta, amaigrissement, constipation).

Telles seraient les conséquences fatales de l'entéroptose, d'après Glénard, encore n'est-il pas besoin d'une forte contraction pour produire ces phénomènes. Il s'exprime ainsi dans le *Lyon médical* (1), après avoir esquissé les caractères dominants des variétés d'entéroptose qu'il admet : « Nous voilà donc bien loin de cette étroite et banale conception qui n'admettrait la possibilité d'une entéroptose qu'en présence d'un ventre en besace ou d'un abdomen éventré ; ce serait méconnaître 90 cas sur 100 de l'entéroptose telle qu'elle se présente dans la pratique. »

Voilà donc la femme éventrée exposée à l'entéroptose et aux conséquences que lui attribue Glénard. Est-ce à dire que toutes les femmes atteintes d'éventration subiront fatalement ce processus pathologique ? Non certes, mais il est certain qu'il existe toujours à un degré variable de l'entéroptose et que des troubles digestifs marqués en sont la conséquence.

Les faits d'entéroptose généralisés de Glénard peuvent assurément se voir chez ces femmes ayant la débilité ori-

(1) Glénard. *Lyon médical*, 1887.

ginelle des tissus dont nous avons parlé ; elle s'accompagne alors de rein mobile, de gastroptose, de prolapsus utérin, et dès lors les troubles fonctionnels sont des plus variés. Mais ces cas sont relativement assez rares.

Ce n'est pas là d'ailleurs le point le plus important du pronostic de l'éventration.

Des conséquences plus fâcheuses encore en résultent si cette femme devient enceinte. L'état de la paroi abdominale en effet est loin d'être sans influence sur l'accommodation du fœtus pendant la grossesse et sur son expulsion pendant l'accouchement.

Conséquences pour les grossesses. — Pajot (1) s'exprime ainsi : « Quand un corps solide est contenu dans un autre, si le contenant est le siège d'alternatives de mouvements et de repos, si les surfaces sont glissantes et peu anguleuses, le contenu tendra sans cesse à accommoder sa forme et ses dimensions à la capacité du contenant. » C'est là ce qu'on appelle la loi de l'accommodation. Le fœtus joue en effet le rôle du corps solide par rapport à l'utérus qui représente le contenant. Le fœtus accomode sa forme et ses dimensions, c'est-à-dire ses présentations et ses positions à la forme de l'utérus. Comme le dit M. Tarnier (2), « la cavité utérine est une sorte de moule dans lequel le fœtus évolue jusqu'à ce que sa forme se soit adaptée à celle de sa cavité. » Mais la forme de l'utérus n'est pas seule en jeu dans l'accommodation du fœtus. Il faut en effet considérer, comme l'a fort bien fait M. Pinard (3), dès 1889, que

(1) Pajot. — Dictionn. encyclop. des sc. méd. Art. accouchement.

(Tarnier et Chantreuil. — Traité de l'art des accouchements: t. I, p. 445.

(3) Pinard. — Traité du palper abdominal, 1889.

l'utérus est un récipient pour le fœtus, mais que ce récipient est contenu dans un autre qui, lui aussi a une grande importance sur l'accommodation. Ainsi s'exprime M. Pinard : « L'utérus, sac elliptique, est contenu dans un autre sac, extensible seulement au niveau des parois latérales et antéro-supérieures (nous disons surtout antérieures), la cavité abdomino-pelvienne. Or, si, chez la primipare, l'utérus peut suffire à solliciter l'accommodation en raison de la tonicité de sa paroi, il n'en est pas de même chez les multipares.

« Chez ces dernières, pour conserver indéfiniment sa forme, l'utérus a besoin d'avoir sa paroi doublée, soutenue, c'est là le rôle de la paroi abdominale. »

Si donc la paroi abdominale influe sur la forme et la position de l'utérus, nous voyons tout de suite l'importance qu'aura l'éventration dans la production des présentations et positions du fœtus.

L'utérus à mesure qu'il s'élève pendant la grossesse dans la cavité abdominale, est soumis de toutes parts à des pressions nombreuses. En arrière, le rachis, les muscles des gouttières vertébrales, le carré des lombes et le psoas lui donnent une ligne d'appui rigide et immuable. Sur les côtés, les muscles de la paroi abdominale, énergiques et doublés de larges feuillets aponévrotiques, lui offrent aussi un plan suffisamment résistant. Tout en avant au niveau des muscles droits et de la ligne blanche, le plan d'appui est beaucoup moins solide et plus variable.

La résistance de cette partie de est en effet sous la dépendance des grossesses précédentes. Pour peu que les grands Droits soient écartés par une ou plusieurs

grossesses antérieures et que la ligne blanche soit amincie et distendue par le fait de l'Eventration, l'utérus est peu soutenu de ce côté. Son axe, au lieu de rester vertical comme chez les primipares ou les multipares à tissus normaux, va s'incliner en avant ou sur les côtés ; l'utérus subit un mouvement de bascule et dans ces cas « on le trouve en écharpe, en diagonale, ou bien le fond retombe en avant, le ventré est en besace, l'utérus est en antéversion (1) ».

C'est là, d'ailleurs ce qui explique chez les multipares à bassin normal le non engagement de la partie fœtale avant les 15 derniers jours, tandis que chez les primipares, il s'effectue généralement à la fin du 6^e mois ou au commencement du 7^e. Chez les femmes qui ont de l'Eventration, si c'est le sommet qui se présente, l'engagement ne se fait qu'au début du travail.

Pendant la grossesse, chez les femmes bien constituées, le fœtus conserve toujours une certaine mobilité dans la cavité utérine, mais les changements de présentation ou de position sont rares. On sait que vers le 6^e mois, en règle générale, la présentation du siège se change en présentation du sommet. Mais chez les femmes qui ont de l'Eventration, les mutations du fœtus sont très faciles et très nombreuses, la contraction utérine n'étant pas suffisante pour ramener à la verticale le grand axe de l'utérus. Hecker, Luneke, Schultze, Schröder, Fasbender, Heyerdahl, Gassner et Sutingen sont tous d'accord pour dire que les mutations sont plus fréquentes chez les multipares.

(1) Pinard. — Loc. cit.

Mais tout ces auteurs rattachent ce fait aux changements de forme et de consistance de l'utérus. M. Pinard a bien prouvé au contraire qu'il fallait rechercher la cause de ces mutations dans l'état de la paroi abdominale, lequel commande l'état de l'utérus. Sur 500 femmes examinées par M. Pinard, pendant les derniers mois de la grossesse, il a constaté 35 fois des changements de présentation, et sur ces 35 cas, 34 étaient multipares, une seule était primipare, mais son bassin rétréci ne mesurait que 7 cent. 1/2.

58 fois dans cette même statistique, il a constaté des changements de position, la tête étant modérément engagée. Sur ces 58 femmes 40 étaient multipares, 18 seulement primipares. Cette mobilité de fœtus chez les multipares ne peut être attribuée qu'à la laxité de la paroi agissant d'une façon vicieuse sur la position de l'utérus. Il en résulte que l'engagement d'une partie fœtale n'a aucune tendance à se faire pendant la grossesse. Dans ces conditions aussi le travail peut surprendre une région quelconque du fœtus vicieusement placé et l'immobiliser au détroit supérieur. C'est de cette manière que l'éventration provoque des présentations et des positions mauvaises du fœtus. Prenons chacune des présentations à tour de rôle et voyons le résultat de l'éventration sur chacune d'elles.

1° Et d'abord le *Sommet*. Les statistiques prouvent que les présentations du sommet sont moins fréquentes chez les multipares que chez les primipares. Chez les femmes éventrées la présentation du sommet est relativement rare. Pour que le sommet tende à s'engager, il faut que les muscles de la paroi abdominale et les aponévroses qui les unissent aient conservé leur tonicité ; si le

contraire existe, le sommet peut encore se présenter au détroit supérieur ; mais c'est par hasard, comme le dit Monsieur Pinard ; dans ces cas « elle est tardive et pour ainsi dire fortuite ». D'ailleurs si c'est le sommet qui se présente, l'éventration aura, outre les inconvénients que nous verrons tout à l'heure pendant l'accouchement, celui très fâcheux de provoquer l'engagement au détroit supérieur d'une façon vicieuse. Chez les femmes bien constituées, ayant une paroi abdominale ferme et résistante, l'engagement du sommet se fait d'une façon toute spéciale : la partie fœtale s'accommodant à la forme du bassin, l'engagement se fait d'abord sur le pariétal postérieur, et l'inclinaison se fait ensuite sur le pariétal antérieur. Mais chez les femmes ayant de l'éventration, l'utérus, s'inclinant en avant, se trouve en antéversion. Le degré d'antéversion dépend du degré de relâchement de la ligne blanche, on cite des cas où l'utérus anté fléchi retombait sur les cuisses. L'utérus étant antéversé, l'axe du fœtus, comme celui de l'utérus, forme avec l'axe du pelvis un angle ouvert en avant. Tout naturellement le sommet s'engage alors en s'inclinant tout d'abord sur le pariétal antérieur. Il y a en un mot *asynclitisme inverse* dans l'engagement.

2° L'éventration est-elle une cause de présentation de la face ?

L'influence de la multiparité sur les présentations de la face est peu sensible. Sur 374 présentations de la face, on trouve dans la statistique de M. Pinard 153 primipares et 221 multipares. Les observations nous manquent, mais il est très probable que l'inclinaison de l'utérus sur son axe, chez les femmes éventrées, est suffisante pour expli-

quer dans certains cas la *déflexion de la tête* et former ainsi suivant le degré une *présentation du front* ou une *présentation de la face*.

3° La *présentation du siège* est favorisée à un haut point par l'éventration. Comme nous l'avons dit, la laxité de la paroi abdominale, le manque de soutien de l'utérus sont des causes très importantes de non-accomodation. Dans un utérus ainsi peu ou pas soutenu, la *présentation du fœtus* à une époque quelconque de la grossesse, est en quelque sorte *indifférente*. Chez les femmes qui ont dans l'utérus un fœtus très libre, par exemple celles qui ont de l'hydramnios, un fœtus petit ou macéré, ou encore un utérus mince et faible, on ne peut pas dire, pendant la grossesse, que le fœtus se présente par le sommet, le siège ou l'épaule. Cette *présentation* varie à tout instant, elle n'a absolument rien de fixe. Il en est ainsi chez les femmes éventrées ; au moment où débute le travail, le fœtus est immobilisé dans la position qu'il occupait lorsque la contraction utérine l'a surpris. D'après les statistiques de M. Pinard, portant sur 100,000 accouchements, il a trouvé 3301 *présentations du siège* dont 1347 chez les primipares et 1954 chez les multipares.

Les observations 4 et 8 du palper abdominal (1) de M. Pinard ont trait à des femmes enceintes ayant une *présentation du siège* coïncidant avec une large éventration.

4° Les mêmes raisons qui font la *présentation du siège* fréquente dans l'éventration, agissent pour favoriser aussi la *présentation du tronc*. La *présentation* étant indifférente,

(1) Palper abdominal. Observations, p. 327.

que le travail surprenne le fœtus dans une position transversale, et la présentation de l'épaule est constituée. La statistique de M. Pinard faite d'après les Bulletins cliniques de la Maternité et de la clinique d'accouchement, est la suivante : sur 100,000 accouchements il y a eu 806 présentations de l'épaule dont 150 primipares et 165 multipares. Quatre observations du palper abdominal (obs. 1, 5, 7, 14) ont trait à des femmes ayant un écartement très marqué des grands droits, multipares, et une présentation de l'épaule.

Conséquences sur l'accouchement. — Les inconvénients de l'éventration sont donc très marqués sur les présentations fœtales. Mais ils se font aussi sentir très vivement chez les femmes en travail, en dehors des difficultés que peuvent produire par elles-mêmes les présentations vicieuses. Qu'arrive-t-il en effet ? D'abord l'antéversion exagérée de l'utérus peut faire, dans certains cas, que la partie fœtale qui se présente ne s'engage pas, reste au-dessus du détroit supérieur où l'accoucheur doit aller la chercher (forceps, version). Quand elle s'engage, nous avons dit que l'asynclitisme était inverse de la normale, ce qui est une cause de *lenteur dans le travail*. De plus l'obliquité antérieure de l'utérus est des plus défavorables à la *dilatation du col* (1). Elle favorise aussi les *procidences*. Une des femmes que nous avons observées dans le service de M. Doléris eut une procidence du cordon et d'une main. Enfin la contraction de la paroi abdominale a une grande importance sur l'expulsion du fœtus. Pendant le

(1) Matteï. — Loc. cit.

travail, lorsque la dilatation est complète, la contraction utérine, douloureuse, involontaire, n'est plus seule en jeu ; elle est aidée très favorablement par les contractions volontaires, énergiques, des muscles abdominaux. La femme, incitée à les contracter, met en jeu l'action très-puissante des muscles grand et petit, oblique, transverse, grand droit. On dit que la femme pousse. Mais si cette femme a de l'éventration, l'action de la paroi relâchée est beaucoup plus faible, il y a *inertie pariétale*, d'où lenteur du travail pouvant nécessiter l'intervention de l'accoucheur. Dans certains cas mêmes, de par le fait de l'antéversion utérine et de son passage à travers les deux muscles droits, la contraction de ces muscles peut mettre un *obstacle* à *l'accouchement*. Mattei cite le cas d'une femme observée par lui pendant qu'il était interne à l'Hôtel-Dieu de Nîmes, « femme en travail dont l'utérus était saisi à sa partie moyenne par les muscles droits, de sorte que, lorsque la femme voulait aider la douleur par des efforts volontaires, les deux muscles, en se rapprochant, divisaient la matrice en deux poches et contrariaient la sortie du fœtus. Plaindoux, chirurgien en chef de l'hôpital, dut délivrer la femme par une application du forceps ».



Traitement

D'après ce que nous venons de dire, l'éventration, en apparence sans gravité, présente des conséquences très fâcheuses sur l'état ultérieur de la femme, parfois désastreuses sur les grossesses qu'elle peut contracter par la suite. En présence de cas de ce genre, il importe donc de faire son possible pour soulager les femmes qui en sont atteintes. Mais on peut aussi, jusqu'à un certain point, par des mesures fort simples, prévenir la formation de l'éventration. Il est très fâcheux, dans ces conditions, que les femmes enceintes n'aient pas pour règle de consulter le médecin pendant leur grossesse, dans le but de prévenir, dans la mesure du possible, les difficultés qui peuvent survenir pendant l'accouchement et les suites de couches. Nous constatons pourtant, avec plaisir que, grâce à l'activité des maîtres de l'obstétrique, cette coutume tend à se généraliser dans nos hôpitaux.

Il y a bien en effet, des précautions spéciales capables d'empêcher la formation de l'éventration. Nous allons donc tout d'abord nous occuper du traitement prophylactique de cette affection. Nous verrons ensuite les moyens palliatifs que l'on peut lui opposer, lorsqu'elle est nettement constituée. Nous nous occuperons en dernier terme de la cure radicale.

Traitement préventif. — Depuis longtemps déjà les

accoucheurs connaissaient la mauvaise influence du relâchement des parois abdominales sur les présentations du fœtus, et ils avaient songé à y remédier de leur mieux. Matteï, d'accord en cela avec ses prédécesseurs, conseille l'emploi, chez certaines femmes enceintes, d'une large ceinture élastique, dans le but de prévenir l'éventration. « Il faut, dit-il, mettre cette ceinture chez toutes les femmes à *tempérament un peu lymphatique*, ou chez lesquelles on a des raisons pour croire que l'état de grossesse ne sera pas physiologique. »

Nous allons bien plus loin dans cette voie. Toutes les fois que, chez une femme enceinte, on trouve une ou plusieurs des conditions que nous avons décrites dans l'étiologie de l'éventration, des mesures spéciales préventives doivent être prises pendant la grossesse, pendant l'accouchement et dans les suites de couches. Ces mêmes mesures seront à recommander d'une façon plus absolue encore aux femmes multipares qui ont déjà un degré plus ou moins prononcé d'éventration, datant d'une de leurs grossesses précédentes, dans le but d'empêcher l'aggravation de l'affection et l'entrave qu'elle apporte à l'accommodation fœtale.

Pendant la grossesse on imposera, à partir du 4^e mois :

1^o *La suppression du corset*, en permettant toutefois l'usage du corset dit de grossesse, lequel est nécessaire au maintien des vêtements.

2^o *Le port d'une large ceinture élastique* destinée à soutenir les parois abdominales et à permettre le développement de l'utérus suivant son axe vertical;

3^o *Une hydrothérapie spéciale*, consistant en douches

froides peu prolongées et peu fortes. Nous donnons la préférence, dans le cas particulier, à la douche en pluie.

4° *Un repos relatif*, c'est-à-dire l'abstention de tout effort pénible, capable de produire la propulsion de l'intestin contre la paroi abdominale.

Outre ces divers moyens, pendant la grossesse, si par le fait d'une éventration préexistante, l'accomodation semble devoir être anormale, deux conditions essentielles sont à remplir :

1° Fixer le fœtus en bonne position par la ceinture eutocique de Pinard, laquelle servira en même temps de soutien à la paroi.

2° Si la présentation est transverse ou pelvienne, faire la version par manœuvres externes et fixer de la même façon.

Pendant l'accouchement, chez ces mêmes femmes, on soutiendra la paroi abdominale par un bandage. Nous avons souvent vu notre maître, Monsieur Doléris, employer ce moyen avec succès sur des femmes prédisposées à l'éventration (ventre en obusier, en besace). La meilleure façon de procéder, dans ces cas, est d'enrouler bien exactement et assez énergiquement trois ou quatre tours d'une bande de flanelle, large d'environ 20 centimètres, depuis le pubis jusqu'au rebord costal.

Dans les suites de couches, on évitera autant que possible toutes les causes susceptibles d'entraver l'involution. La femme devra garder le repos nécessaire, s'abstenir du moindre effort. La période de repos varie tout naturellement avec les conditions spéciales à chaque accouchée. La

période officielle de neuf jours sera suffisante, dans la moyenne des cas.

Nous avons souvent constaté d'ailleurs que le repos absolu dans le décubitus horizontal ne doit pas être continué au-delà de certaines limites. M. Doléris a fait lever 5 à 7 jours après l'accouchement, avec des précautions toutes spéciales, un certain nombre de femmes ayant présenté des couches absolument normales. Il n'en est résulté aucun inconvénient, et nous dirons même plus, l'involution nous a semblé se faire dans ces cas avec plus de rapidité.

Cette façon d'agir ne doit certainement pas être prise comme règle, mais le résultat obtenu prouve bien que le jeu modéré des muscles abdominaux a une influence plutôt favorable sur le retrait de la paroi abdominale.

Pendant la période qui suit les couches, jusqu'à terminaison complète de l'involution, la ceinture ne devra pas être abandonnée.

Si, malgré l'observation minutieuse de ces règles, l'éventration persiste dans les suites de couches, un traitement plus actif doit être établi.

Traitement palliatif. — Le traitement palliatif de l'éventration est loin d'avoir une efficacité absolue, mais il a l'avantage avéré d'en arrêter l'accroissement, et, dans certains cas, d'amener une amélioration très notable. Nous ne doutons même pas que, chez les femmes à tissus résistants, chez lesquelles l'éventration est la résultante d'une distension exagérée (grossesse gémellaire, hydramnios), l'application d'un traitement régulier et prolongé ne puisse arriver à enrayer complètement un éventration de moyen volume.

Le traitement palliatif comporte deux ordres de moyens : d'une part les moyens qui consistent à maintenir l'intestin et empêcher sa propulsion entre les grands droits, d'autre part ceux qui sont propres à relever le tonus de la paroi abdominale et amener son retrait progressif.

L'emploi de la ceinture remplit les premières indications ; elle devra présenter les conditions suivantes : être suffisamment élastique pour ne pas gêner la malade, contenir complètement la masse intestinale dans les efforts de la toux, présenter la plus grande simplicité de construction pour permettre à la malade de se vêtir facilement sans la quitter.

Plusieurs modèles de ceinture ont été construits d'après ces indications, nous ne pouvons entrer ici dans des détails concernant leur constitution.

La malade ne devra quitter sa ceinture que pendant le sommeil et au moment de l'application des autres moyens thérapeutiques.

Ceux-ci ont pour but de faire contracter la paroi abdominale, mais sans provoquer une propulsion de l'intestin hors de la cavité abdominale. Ces deux règles doivent être absolues, car la propulsion de la masse intestinale agirait contrairement à la contraction musculaire, et l'effet que l'on obtiendrait serait nul ou même inverse. Parmi ces moyens, nous devons ranger :

1° *L'hydrothérapie*. — La douche froide se trouve ici toute indiquée. Comme le fait remarquer M. Doléris, nous nous trouvons en présence d'une affection de nature essentiellement atonique, dans laquelle le système musculaire a besoin d'une excitation forte et prolongée. Dans le cas par-

ticulier d'éventration, la douche a de plus l'avantage d'agir d'une façon très efficace sur les états névropathiques qui causent ou aggravent toute une série de troubles génitaux chez la femme, qui favorisent le prolapsus intestinal si actif dans l'accroissement de l'éventration.

C'est à la douche en jet qu'on a recours, et sa durée ne devra pas dépasser une demi-minute.

2° *Le massage*. — Ce procédé a l'avantage d'activer la circulation de la paroi abdominale et de favoriser ainsi la résorption des éléments gravidiques. Il produit aussi une contraction prolongée des muscles de l'abdomen très favorable à relever leur tonicité.

Dans les cas, relativement fréquents, où l'éventration s'accompagne de prolapsus ou de rétrodéviation de l'utérus, le massage gynécologique, pratiqué avec une main sur l'abdomen d'une part et deux doigts dans le vagin d'autre part, sera d'une efficacité incontestable. Les règles de ce massage particulier sont exposées, avec détails, dans un ouvrage spécial de Prochownick (1), et dans le traité de gynécologie de M. Doléris (2).

Pour être efficace, le massage de la paroi abdominale doit être commencée dans les jours qui suivent l'accouchement. Mais à ce moment, les pressions fortes de l'abdomen sont douloureuses. Aussi faut-il commencer par l'*effleurage*. Ce procédé de massage consiste à passer légèrement la main sur la peau. Il provoque tout d'abord un certain chatouillement qui fait contracter presque inconsciemment

(1) Prochownick. — Traité de Kinésothérapie. Traduction par Nitot et Keller.

(2) Doléris et Pichevin. — Traité de Gynécologie, Querneau

les muscles abdominaux. Il amène de plus, au bout d'un certain temps, une chaleur réactionnelle très propice à l'involution pariétale. La pression sur l'abdomen doit être augmentée progressivement sans provoquer de douleur. Deux ou trois séances quotidiennes d'effleurage ne sont pas de trop.

Au bout de quelques jours, lorsque la pression forte de l'abdomen ne provoque aucune douleur, l'effleurage sera remplacé par le *pétrissage*. Le pétrissage consiste à comprimer des points successifs de la paroi abdominale, en la saisissant entre les doigts comme pour la pétrir. En procédant avec patience et douceur, les femmes s'y habituent facilement. On peut y joindre avec efficacité le *tapotement* pratiqué avec l'extrémité des doigts, procédé indiqué par Prochownick.

3° *L'électrothérapie*. — La faradisation et la galvanisation alternatives sont aussi de très bons adjuvants dans la thérapeutique de l'éventration. L'électricité redonne aux muscles de l'abdomen un surcroît de vigueur susceptible de réparer les lésions de la paroi abdominale ; elle a aussi des effets trophiques capables de venir puissamment en aide aux douches et aux massages.

L'usage des courants continus nous semble donner de bons résultats. Nous les avons employés avec persévérance chez la femme de notre obs. 3, concurremment avec les autres moyens, et, si nous n'avons pu réussir à enrayer une éventration si considérable, nous avons du moins relevé la tonicité de la paroi et ranimé sa nutrition, préparant ainsi un terrain éminemment favorable à l'intervention chirurgicale.

4^e *La gymnastique.* — La gymnastique est, avec le massage, le moyen qui possède le plus d'efficacité. On peut, par une gymnastique appropriée, permettre aux muscles droits et obliques de récupérer assez d'énergie pour amener une guérison à peu près parfaite. Le 20^e et le 24^e exercice indiqués par Schreber (1) nous semblent les plus favorables pour obtenir ce résultat.

Le 20^e consiste à accomplir l'ensemble des mouvements suivants, dix, vingt, trente fois, dans une seule séance :

Les jambes étant fixes et bien tendues, on penche le corps en avant et en arrière, en ayant soin que, dans ces mouvements, il se manifeste un écart aussi grand que possible entre la position extrême et l'axe du corps.

Dans l'exécution de cet exercice, nous conseillons de procéder avec douceur, avec uniformité et avec lenteur.

Le mouvement en avant est déterminé principalement par les muscles grands droits de l'abdomen, son influence est donc des plus salutaires sur le rétablissement de la fonction de ces muscles, les plus en jeu dans l'éventration. Mais, comme nous l'avons dit, il faut arriver à faire contracter ces muscles sans provoquer la propulsion de la masse intestinale. Or le mouvement du corps en arrière est des plus propres à la provoquer. Nous modifions donc légèrement cet exercice dans nos cas d'éventration en ordonnant à la malade de ne pas dépasser la verticale dans le mouvement en arrière.

(1) D. Schreber. — *Gymnastique de chambre*, traduite sur la 23^e édition allemande, 1895.

Le 24^e exercice (1) est le suivant : le corps étant étendu dans une position bien exactement horizontale, la patiente devra redresser simplement le tronc, d'un seul coup dans sa position verticale, sans bouger les jambes. Dans les débuts, les femmes ne peuvent, en général, réussir ce mouvement qu'à la condition de se mettre aux pieds un contre-poids ou de maintenir les pieds fixes en passant leurs extrémités sous un meuble bien ancré dans sa position ; plus tard, ce moyen devient inutile. On croise d'abord les bras sur la poitrine ; si le mouvement réussit bien de cette manière, on augmente la difficulté en plaçant les bras à côté de la tête ou derrière la tête.

L'ensemble de cet exercice nous semble des plus propices à rétablir les fonctions des droits, mais nous ne le conseillons, dans l'éventration, que si la difformité est en bonne voie de régression, c'est-à-dire à la fin du traitement. Il a en effet l'inconvénient d'exiger un effort violent et d'amener ainsi la propulsion de l'intestin que l'on doit avant tout éviter.

Les avantages de ces exercices sont de mettre fortement en action tous les muscles abdominaux et notamment les muscles antérieurs.

Ce même résultat peut être obtenu en employant des altères à poids progressivement croissants que la malade devra soulever, en portant plusieurs fois les bras en avant, bien horizontalement.

On peut encore combiner les altères avec les deux

(1) L'ouvrage cité de Prochorwick contient les figures 20 et 24 qui représentent bien exactement l'exécution rigoureuse de ces mouvements.

exercices indiqués précédemment afin de rendre les muscles de la paroi abdominale plus énergiques. Mais nous répétons que ces mouvements ne doivent être ordonnés que lorsque l'éventration est en bonne voie de guérison.

Une fois commencés, ces exercices, diversement combinés, doivent être continués avec la plus ferme persévérance, en ayant soin d'en augmenter la proportion à chaque séance. Les règles préparatoires à leur exécution sont décrites tout au long dans l'ouvrage de Prochownick (1), nous y renvoyons pour plus amples détails.

L'exécution longtemps suivie des différents moyens palliatifs que nous venons de citer arrive parfois à triompher de l'éventration. Mais il arrive fréquemment que ces moyens échouent ; les femmes continuent à souffrir de troubles dyspeptiques variés, elles sont très souvent affectées de leur difformité ; dans ces cas, la cure radicale de l'éventration s'impose.

Cure radicale. — Nous dirons tout d'abord que la cure radicale de l'éventration ne doit être tentée qu'en dernier ressort, alors que tous les autres moyens thérapeutiques ont échoué.

Après l'échec des divers moyens palliatifs que nous avons décrits, il reste deux indications absolues d'intervention chirurgicale : ou la femme souffre beaucoup de son affection, ou elle veut à tout prix se débarrasser d'une difformité trop apparente, même avec des artifices d'habillement. C'est surtout pour cette dernière raison que M. Doléris tenta et réussit la cure radicale chez la femme de notre observation 3, âgée de 22 ans.

(1) Prochownick. — Loc. cit. p. 44.

L'intervention, avant tout plastique, était réclamée, en effet, par la malade qui se voyait, à cause de sa difformité, dans l'impossibilité de gagner sa vie. Le traitement médical avait d'ailleurs été essayé d'une façon très complète pendant trois mois, et, s'il n'avait pas réussi à guérir la malade, il fut, en tout cas un auxiliaire précieux de l'intervention, en préparant les tissus, en leur rendant tout au moins un certain degré de résistance, propre à seconder très favorablement le maintien des sutures.

La cure radicale de l'éventration a été tentée depuis longtemps déjà par les chirurgiens.

L'historique de cette opération doit être divisée en deux périodes bien distinctes. Dans la première, tous les procédés tendent à obtenir la disparition de la tumeur sans toucher au péritoine. Dans la seconde, grâce à l'avènement de l'antisepsie, on résèque la portion de la paroi exubérante, y compris le péritoine qui la tapisse à l'extérieur.

1^{re} période. — Période extra-péritonéale. — En 1836, Gerdy avait appliqué à l'éventration son procédé d'invagination pour les hernies inguinales. Il invaginait le sac, en avivait les bords avec un caustique, l'ammoniaque, puis fermait l'orifice extérieur. Il fit deux opérations de ce genre avec succès.

Ce procédé opératoire était parfaitement justifié à cette époque par la crainte d'ouvrir le péritoine, mais il est certain que la paroi reconstituée ne devait pas être d'une solidité bien grande, la suppuration consécutive à l'emploi du caustique étant très favorable à son affaiblissement.

Simon (de Heidelberg) (1) emploie une nouvelle méthode. Il réduit l'intestin, invagine aussi la peau vers la cavité abdominale, puis avive les bords cutanés par une incision circulaire, pénétrant jusqu'aux parties les plus profondes du tissu cellulaire sous-cutané. Il réunit ensuite, par une suture profonde, les deux bords postérieurs de la plaie et noue les fils du côté de l'abdomen. Il fait alors des points de suture superficiels et demi-profonds, puis il place un drain à la partie inférieure pour éliminer les produits sécrétés par la plaie et la peau de la cavité formée en arrière d'elle.

Hadlich relate deux cas traités ainsi par Simon et dans lesquels le résultat fut satisfaisant.

Dans un cas, rapporté par Hoffa, (2) Maas obtint aussi, en modifiant légèrement le procédé de Simon, un excellent résultat.

L'observation est celle d'une femme présentant une éventration *consécutive à sept grossesses*. Simon aviva de chaque côté du sac invaginé sur une surface ayant une longueur de 14 centim. et une largeur de 6 centim. Il fit une suture en étages au catgut, traversant de haut en bas le sac invaginé. La guérison persistait depuis deux ans quand Hoffa publia l'observation.

Balandin (3) a communiqué au 10^e congrès international de Berlin une cure radicale d'une éventration volumineuse, consécutive à une opération césarienne et qu'il fit suivant la méthode de Simon. :

(1) Simon, dans Hadlich, *Ueber operative Behandlung der Bauchbrüche* : Langenbecks, Archiv. t. XX. p. 568.

(2) A. Hoffa. — *Münchener med. Wochenschrift*, 1887.

(3) Balandin. — Congrès de Berlin 1890.

Avivement de 1 centim. $1\frac{1}{2}$ des deux côtés de la hernie et pénétrant jusqu'à la couche musculaire inclusivement ; trois étages de suture : un profond, fermant le sac cutané refoulé dans l'abdomen, un second comprenant la couche musculaire et la peau, un 3^e superficiel (ces deux derniers à la soie).

Le résultat de cette opération fut, paraît-il, très satisfaisant, et la femme était enceinte de 5 mois au moment de la communication.

Deuxième période. — Période intra-péritonéale. — En 1884 Maas (1) opère en réséquant le sac et faisant une suture séparée du péritoine et des muscles droits. Il eut une récurrence 3 mois après l'opération. Cette récurrence doit être attribuée au manque de suture des couches aponévrotiques qui est la plus importante.

En 1886, Maydl (2) publie un nouveau procédé employé par lui chez deux malades qu'il aurait guéries. Il excise une portion du sac par une incision elliptique intéressant toute l'épaisseur de ce sac. Il ouvre alors le péritoine, puis dispose les plans de suture de la façon suivante : dans un premier plan, il réunit les lèvres de la plaie péritonéale, le second accole les lèvres postérieures des gaines des muscles droits ; le 3^e réunit le corps même des muscles et les lèvres antérieures de leurs gaines ; enfin le 4^e plan est destiné au repli cutané. Il place un tube de drainage entre le premier et le 2^e plan de suture. Les opérées de Maydl furent soumises par la suite au port d'un bandage, et la

(1) Maas. — Loc. cit.

(2) Maydl. Wienes med. presse, n° 40 (1886).

récidive n'avait eu lieu chez aucune d'elles à l'époque de sa communication.

Plusieurs chirurgiens ont employé depuis le procédé de Maydl avec succès. Nous devons citer Burckardt (1), Marion Sims (2), Picqué (4), Gill Wylie (5), Chadwick (6), Erlach (7), Chrobak (8), Reygnier (9).

En 1890, Monsieur Le Dentu (10) a présenté à la Société de Chirurgie une portion de la paroi abdominale, provenant de la cure radicale d'une énorme éventration, que présentait une femme de 25 ans, à la suite de deux accouchements. Elle formait une tumeur globuleuse de 20 centimètres de diamètre. Il dut exciser une grande partie de la paroi, muscles et péritoine compris. L'incision qu'il fut obligé de faire avait 25 centimètres. Nous donnons à la fin de notre travail l'observation avec les détails que nous devons à l'obligeance de Monsieur Le Dentu lui-même. Pour obtenir une paroi résistante, il sutura en masse les divers plans de l'abdomen avec des fils d'argent. Après avoir incisé d'abord sur la ligne médiane pour se rendre un compte exact de l'épaisseur de la paroi et passé une large éponge plate destinée à contenir l'intestin, il fait l'incision elliptique employée par Maydl, mais il obtient un résultat plastique très satisfaisant en incisant en plusieurs

(1) Burckardt. — Correspondenzbl. Würtemb. Aerzte.

(2) Marion Sims. — Amer. Journ. of Obstet. 1888.

(4) Picqué. — Gaz. méd. de Paris, 1887, et thèse de Wertheimer, 1888.

(5 et 6) Gill Wylie et Chadwick. — Amer. Journ. of Obstet. 1887.

(7) Erlach. — Centralbl. f. gynœc. 1889.

(8) Chrobak. — Centralbl. f. gyn. 1888.

(9) Reygnier. — Soc. de Chir. 1890.

(10) Le Dentu. — Soc. de Chirurgie, 5 nov. 1890.

temps et suturant à mesure. Cette précaution opératoire permet de connaître exactement la portion de tissu que l'on doit réséquer. On peut se convaincre, d'après les figures que nous reproduisons, du bon résultat plastique obtenu. M. Le Dentu conseille de faire l'incision elliptique, mais de prolonger légèrement en raquette les angles de l'ellipse, tout particulièrement l'angle supérieur, au niveau de l'épigastre, où la ligne blanche contient peu de fibres élastiques et est peu vasculaire. On évitera ainsi le sphacèle de cette partie de la suture.

En 1892, Goullioud (1), de Lyon, tout en conservant l'incision elliptique de la paroi, indique un nouveau procédé de suture. Après avoir pratiqué l'incision elliptique ne pénétrant que jusqu'à la gaine des droits, il résèque, avant d'aller plus loin, la partie de la paroi comprise entre les 2 incisions. Il refoule alors le sac péritonéal qu'il ne résèque pas. Il entaille à ce moment l'aponévrose des droits, pour obtenir de chaque côté de la ligne médiane 2 lèvres aponévrotiques à suturer par un double plan de suture continue au catgut. Cette section lui donne ainsi 2 lèvres aponévrotiques internes dont la suture forme un premier plan, et deux lèvres aponévrotiques externes qui permettent un second plan de suture. Il réunit en dernier lieu les lèvres de la section cutanée.

Tel est le procédé employé une fois par Goullioud dans un cas d'éventration post-partum (Obs. 2), mais qu'il emploie continuellement dans l'éventration post-opératoire. Mais l'incision elliptique de la couche cutanée et sa résection immé-

(1) Le Dentu. Leçons cliniques.

diates nous semblent inutiles au début de l'opération. Elles ont en effet pour but, comme le dit Goullioud lui-même, d'éviter au chirurgien de tomber en plein tissu cicatriciel dans l'éventration post-opératoire. Cette raison n'existe plus dans l'éventration post-partum, et il est beaucoup préférable, dans ces cas, d'employer le procédé de Monsieur Doléris, procédé qu'il appliqua chez une femme dont nous donnons l'observation à la fin de notre travail. (Obs. 3). On commence par une incision médiane de la peau ou du tissu cellulaire sous-cutané jusqu'à la ligne blanche. A ce moment, on résèque toute la largeur de l'aponévrose qui forme la ligne blanche et cette même largeur de péritoine, on fait alors une suture continue du péritoine au catgut, puis, le bord des droits ayant été mis à découvert, on rapproche et on suture soigneusement au catgut par des points séparés les uns des autres par un espace d'un demi-centimètre au plus, y compris la gaine fibreuse. Ce n'est qu'à ce moment seulement, le ventre étant complètement fermé, qu'on résèque de chaque côté de la ligne médiane, par deux longues incisions courbes en dedans, l'excès de peau et de tissu adipeux, de manière à supprimer la largeur voulue de paroi de chaque côté de l'incision. Les 2 lèvres de cette nouvelle incision sont rapprochées et réunies au crin de Florence.

Dans cette opération, le point capital est l'affrontement musculaire direct. Il faudra donc avant tout s'attacher après avoir réséqué la ligne blanche, à ouvrir aussi largement que possible la gaine des droits, et à mettre en rapport immédiat la portion la plus large possible des surfaces musculaires.

En résumé, l'opération doit être ainsi menée :

1° Incision sur la ligne médiane mesurant toute l'étendue de la résection de la ligne blanche que l'on veut pratiquer ;

2° Dissection du tissu cellulaire jusqu'aux bords des muscles droits ;

3° Résection complète de la ligne blanche dans toute l'étendue de l'éventration. Il est bon de la faire en plusieurs temps.

4° Ouverture de la gaine des droits et affrontement large par leurs surfaces musculaires.

Un triple étage de sutures au catgut, faites avec le plus grand soin et modérément serrées, assure la fermeture et la solidité de la paroi. Le premier étage est la suture continue du péritoine, le second comprend les muscles (suture à points séparés), le troisième l'aponévrose.

Enfin une résection plus ou moins étendue des téguments, en forme d'ellipse, permettra de rendre au ventre son aspect normal. La suture cutanée sera effectuée avec des crins qui, pénétrant profondément, réuniront la ligne de suture aponévrotique.

Ce procédé, tel que nous venons de l'indiquer, a été employé par M. Doléris, chez la femme de notre observ. 3. Il a l'avantage de former, au niveau de la ligne médiane, un plastron résistant qui obture complètement et solidement l'abdomen. De plus, la résection de la peau et du tissu cellulaire, faite seulement après la réunion des plans, péritonéal, musculaire et aponévrotique, permet à l'opérateur de limiter exactement la largeur de la portion cutanée

qu'il doit réséquer. C'est par conséquent un procédé éminemment plastique.

C'est donc lui que nous recommandons tout particulièrement dans la cure de l'éventration consécutive à la grossesse. Mais, pour que ce procédé réussisse complètement, il faut que les muscles droits aient conservé un certain degré de résistance. Dans les cas où ces muscles ne présenteraient plus qu'un nombre limité de faisceaux musculaires, nous conseillons le procédé de M. Le Dentu qui, grâce à l'incision en plusieurs temps, permet de tailler, en quelque sorte, bien exactement, le lambeau à réséquer. C'est le cas qui se présenta chez la femme opérée par M. Le Dentu qui ne trouva dans la paroi abdominale que des fibres éparses des muscles droits.

Comme la conservation de ces muscles est très importante, l'emploi des moyens palliatifs que nous avons indiqués, et particulièrement la gymnastique et le massage, seront d'un grand secours, avant l'opération, pour préparer l'intervention et la pratiquer suivant le procédé employé par M. Doléris.

En résumé, chez une femme dont les muscles droits sont suffisamment développés, nous conseillons le procédé de M. Doléris qui assure parfaitement la fermeture de la paroi et est très plastique.

Chez une femme dont les muscles droits sont atrophiés ou dégénérés, le procédé de M. Le Dentu est le seul que l'on puisse employer avec succès :

L'incision, d'abord médiane, permet de passer l'éponge plate destinée à masquer l'intestin.

L'incision elliptique, faite en plusieurs temps, permet

de limiter exactement le lambeau de paroi que l'on doit réséquer. Nous conseillons toutefois, dans ce procédé, la suture en étages, comprenant :

1° La suture cutanée du péritoine au catgut ;

2° La suture à points séparés de la couche aponévrotique, au catgut ;

3° La suture de la couche cutanée au crin de Florence.

Les crins de la suture cutanée devront pénétrer profondément et réunir la ligne de suture cutanée à la ligne de suture aponévrotique.



OBSERVATIONS

Observation 1

Volumineuse Éventration de la paroi abdominale consécutive à plusieurs grossesses. Cure radicale par M. Le Dentu.

Louise Ch., âgée de 29 ans, a vu son ventre faire saillie à la suite de plusieurs grossesses. Elle se plaint de troubles digestifs et de douleurs abdominales, que l'usage d'une ceinture ne parvient pas à calmer. L'abdomen, proéminent dans la station debout, retombe au-devant du pubis. Le tronc est rejeté en arrière, la colonne lombaire est le siège d'une ensellure très marquée.

Le 17 Avril, on pratique la cure radicale de l'éventration.

1° Une première incision médiane sous-ombilicale est faite afin de glisser la main au-dessus de la paroi, de se rendre compte de son épaisseur et de faire plus facilement les sections. Cette incision permet en outre de passer une grande éponge plate, s'appliquant bien exactement sur la masse intestinale et la contenant entièrement réduite, mieux que ne peuvent le faire les compresses employées dans le même but.

2° Une seconde incision, elliptique, est pratiquée, commençant par en bas et intéressant tous les plans de la paroi abdominale, peau, tissu cellulaire, adipeux, aponévrose, muscle et péritoine.



I. — Observation 1



II. — Observation 2

Cette incision ne se fait pas en une seule fois, elle est pratiquée en quatre temps, afin de permettre la délimitation exacte de la portion de paroi que l'on doit réséquer. Cette précaution opératoire a comme résultat de rendre l'opération éminemment plastique.

Lorsque, dans un premier temps, l'incision a été faite sur une hauteur de quelques centimètres, on passe entre les deux lèvres de l'incision, symétriques de chaque côté de la ligne médiane, des fils d'argent assez forts, en prenant dans la suture tous les tissus de la paroi abdominale. Cette suture en masse donne à la paroi reconstituée une grande solidité. On serre avant de continuer les sections.

Dans un second temps, on continue bien exactement la section commencée, on passe les fils d'argent de la même façon et l'on serre. On continue ainsi par deux autres incisions successives, jusqu'au haut de l'éventration, à quelques centimètres seulement au-dessous de l'appendice xiphoïde.

A ce moment, on retire l'éponge plate qui a complètement masqué l'intestin pendant toute l'opération, et on serre les derniers fils d'argent.

Le nombre des points de suture a été d'environ une cinquantaine ; les points ont été faits à une faible distance les uns des autres pour donner plus de résistance à la paroi abdominale.

On fait quelques points superficiels au crin de Florence pour régulariser la surface de section.

On n'enlève les fils que douze jours seulement après l'opération afin de permettre une réunion parfaite des différents plans. On en laisse encore trois ou quatre pendant quelques jours.

Les suites de l'opération sont très satisfaisantes. Le ventre est d'un volume normal, la paroi est très résistante. Il y a pourtant en un point très limité de sphacèle sur les bords de l'incision, à la partie toute supérieure, en pleine région épigastrique. Il se

produit une légère suppuration superficielle consécutive qui tarit en peu de jours.

La malade quitte l'hôpital, parfaitement débarrassée de sa difformité et des troubles dyspeptiques qui en étaient la conséquence.

Monsieur le Dentu a eu l'occasion de revoir cette femme dans ces derniers temps. Elle venait d'accoucher d'un enfant bien portant et paraissait elle-même en parfaite santé. La grossesse n'a pas fait reparaître l'éventration.

Observation 2

Lyon Médical de 1892 p. 80

Eventration et prolapsus utérin consécutifs à des grossesses répétées. Cure radicale de l'éventration et rentro-fixation par Goullioud.

R. G., âgée de 31 ans, m'est adressée dans le service de M. Laroyenne par mon ami, le docteur Emile Blanc, pour un prolapsus qu'aucun pessaire ne peut maintenir.

Cette femme réglée à treize ans, a eu 4 grossesses. Dans ses accouchements il a fallu intervenir 3 fois, deux *forceps* et une *version* ; un mort-né à son dernier accouchement, il y a six ans.

C'est à ce dernier accouchement que remonte la constatation par la malade de son prolapsus et du défaut de sa paroi abdominale. Son prolapsus se serait accru brusquement à la suite d'une chute, il y a trois ans. Depuis cette époque, la malade a porté plusieurs pessaires, qu'elle expulsait facilement pendant la défécation.

Je dois à l'obligeance du docteur Blanc les renseignements

suivants : cette femme a été soignée pour un prolapsus complet de l'utérus avec cystocèle et rectocèle. Tout d'abord de simples pessaires de Dumontpallier suffirent pour maintenir en place l'utérus. Ils deviennent bientôt insuffisants et doivent être remplacés par les pessaires en gimblette. Les plus gros modèles finissent à leur tour par être rejetés et la malade en arrive à soutenir elle-même son prolapsus à l'aide d'un bandage en T.

Les malaises généraux sont ceux de tous les déplacements analogues.

En outre de ce prolapsus utérin complet, la malade présente une éventration qui nécessite un bandage.

Quand la femme, couchée, fait un effort pour s'asseoir, on voit se dessiner une ligne d'éventration commençant à deux travers de doigt du pubis par un angle aigu entre les muscles droits qui se rejoignent en ce point et remontant jusqu'à deux travers de doigt au dessus de l'ombilic. C'est l'éventration classique des grossesses multiples par distension de la ligne blanche. D'ailleurs toute la paroi est affaiblie.

Opération le 5 octobre 1891, avec l'aide du docteur Emile Blanc.

Il me semble indiqué, pour donner à la ventro-fixation de l'utérus prolapsé, de faire en même temps la cure radicale de l'éventration.

Incision elliptique remontant à trois travers de doigt au dessus de l'ombilic et descendant jusqu'à l'extrémité inférieure de l'éventration. Ce lambeau cutané, ayant trois travers de doigt de largeur au niveau de l'ombilic, se laisse décoller très aisément de la couche aponévrotique de la ligne blanche distendue au niveau de l'ombilic, on détache la cicatrice cutanée avec le bistouri, ce qui ne peut être obtenu sans faire une petite perte de substance à la ligne blanche ; mais avec surprise on constate que la séreuse

sous-jacente n'est pas perforée. Un point de suture pour fermer le petit orifice ombilical.

A ce moment, la malade étant dans la position de Trandelenburg, on voit très nettement toute la portion distendue de la ligne blanche rentrer pour ainsi dire dans l'abdomen en faisant une gouttière entre les muscles droits.

Sur le muscle droit et près de son bord interne, du côté droit d'abord, on entaille avec les ciseaux le feuillet antérieur de la gaine du muscle, puis on achève de l'ouvrir sur toute la hauteur de l'éventration avec les ciseaux et sur le bord interne, et par suite un peu en dedans de la ligne blanche distendue.

Même section de la gaine du muscle droit du côté gauche.

De cette double section de la gaine des droits, résulte la formation de quatre lèvres aponévrotiques. Avec un catgut chromique, on suture les lèvres aponévrotiques internes, droite et gauche, par dessus la ligne blanche distendue, qui rentre à mesure dans l'abdomen.

Par dessus, second plan de suture, également au catgut, réunissant les lèvres aponévrotiques externes, droite et gauche.

Ces deux plans de suture ne s'étendent qu'aux deux tiers supérieurs de la ligne herniaire. On réserve en effet la reconstitution du tiers inférieur que l'on fera en même temps que la ventro-fixation. Jusqu'ici l'intervention a été extra-péritonéale.

A ce moment, on pénètre dans la cavité péritonéale par une incision du tiers inférieur de la ligne blanche déjà dénudée. La vessie distendue et remontée du côté de l'ombilic par suite de la position de Trandelenburg, se présente sous un aspect tout spécial, dû sans doute à sa laxité. Elle apparaît à l'ouverture du péritoine sous l'aspect d'une poche liquide simulant absolument un kyste de l'ovaire. On la fait évacuer, on peut alors amener le fond de l'utérus à la plaie avec une pince de Doléris, un aide n'ayant pu pénétrer dans l'utérus par le cathétérisme.

On passe trois grandes aiguilles qui prennent les lèvres aponévrotiques, interne et externe d'un côté, en dehors de la ligne blanche, le péritoine, la paroi utérine, puis les mêmes couches, péritonéale et aponévrotique du côté opposé. Trois gros catguts sont passés en retirant l'aiguille successivement et liés à mesure. La paroi antérieure de l'utérus est ainsi fixée au péritoine et aux couches aponévrotiques résistantes de la gaine des droits par des fils perdus.

Au-dessus et au-dessous de la portion fixée de l'utérus, on ferme la cavité péritonéale par un court surjet, puis entre les points qui fixent l'utérus, on fait un second surjet sur les lèvres aponévrotiques. Ainsi, au niveau de la ventro-fixation, l'éventration est donc fermée comme au-dessus, par deux plans de suture.

Suture de la peau et de la couche sous-cutanée par quatre points profonds d'affrontement et un surjet superficiel. Toutes les sutures ont été faites au catgut.

Pas de drainage.

Durée de l'opération : 1 heure 20.

On a pu remarquer que l'opération est plus facile dans les hernies par distension de la ligne blanche que dans les éventrations post-opératoires où les couches ne sont plus distinctes, mais irrégulièrement fusionnées par du tissu de cicatrice.

Le lendemain phénomènes pulmonaires intenses : dyspnée, rhonchus à distance ; bronchite avec congestion pulmonaire limitée à droite ; température du soir à 40°. Aucun phénomène péritonéal.

Révuulsion et kermès minéral.

Dès le surlendemain les phénomènes pulmonaires s'apaisent ; la température redescend à 38°,7 et 38° pour ne plus remonter.

Selles le quatrième jour.

Cicatrisation par première intention, sans suppuration.
Le 25 octobre, la malade sort.

Le résultat immédiat est parfait, tant au point de vue de son éventration que de son prolapsus utérin ; cicatrice linéaire de 15 centimètres, sans le moindre interstice entre les muscles droits. Utérus plaqué contre la paroi abdominale, le col étant distant du bord inférieur de la symphyse de 6 centimètres.

Par prudence on met à la malade un pessaire annulaire qui n'est plus chassé ; et une ceinture à plaque hypogastrique. Ces précautions sont d'autant plus nécessaires que tout l'abdomen est flasque, ce qui est frappant surtout au niveau de l'extrémité supérieure de la suture et au niveau des fosses illiaques.

Revue dans les derniers jours de mars 1892 : la ligne de suture n'a rien perdu de solidité ; les muscles droits restent rapprochés pendant l'effort comme au repos. Le fonds de l'utérus reste haut situé au dessus du pubis, bien qu'elle n'ait pas conservé de pessaire. Elle se montre très satisfaite du résultat obtenu, c'est à dire de la disparition de tous les malaises inhérents à une éventration et à un prolapsus utérin.

Observation 3

Volumineuse éventration consécutive à la grossesse. Cure radicale par M. Doléris (1).

La nommée P... (Augustine), âgée de 22 ans, est entrée dans notre service le 11 décembre 1895 pour accoucher.

Son père est mort de congestion pulmonaire à l'âge de 67 ans.

(1) La Gynécologie, 15 oct. 97, p. 401.

Il était épileptique. Sa mère est morte tuberculeuse à l'âge de 58 ans.

Elle même, étant enfant, était chétive et avait eu, vers l'âge de 3 ans, un ictère qui avait persisté environ un mois sans laisser de trace. Elle a marché à l'âge d'un an et demi. Pendant la première enfance et à part son ictère, elle n'a pas eu de maladies graves. En particulier, elle n'a jamais été atteinte de fièvres éruptives.



Obervation 3

Femme à l'âge de 13 ans, elle n'a jamais eu ses règles à époques régulières et restait parfois 2 mois sans voir. De 16 à 17 ans 1/2, les règles n'ont pas apparu une seule fois. Pendant cet intervalle de temps, elle était chlorotique et fut soignée en conséquence par des préparations ferrugineuses et des bains sulfureux.

Sous l'influence de cette médication, la santé s'améliore et fut à peu près parfaite, sauf que les règles restaient irrégulières dans leur apparition et leur durée. Pendant 3 mois après le traitement qu'elle subit, elle vit à peu près régulièrement. Mais bientôt les règles ne réapparaissent plus que tous les 2 mois et très abondamment chaque fois. Dans leur intervalle, la malade était sujette à une leucorrhée assez forte. Jamais elle n'avait souffert du ventre, jamais non plus les écoulements intermenstruels n'auraient été purulents.

Les dernières règles datent du 19 janvier 1895, elles furent particulièrement abondantes. Mais le début de la grossesse pour laquelle elle entra à l'hôpital ne remonte qu'en mars. Cette grossesse fut normale pendant le premier mois, mais le sujet eut quelques vomissements, assez peu gênants d'ailleurs. Le ventre n'était pas douloureux. L'appétit était excessif. L'abdomen était excessivement volumineux et plus développé que pour une grossesse simple. Il retombait très bas comme chez une grande multipare. Craignant de se voir congédier de la maison où elle travaillait, la malade se serrait le plus possible, au moyen de son corset, pour diminuer l'ampleur de sa taille et dissimuler autant que possible son état à son entourage, de telle sorte que la région sous-ombilicale de l'abdomen était surtout mise à contribution pour le développement de l'utérus. Celui-ci était en antéversion très marquée.

La malade entra dans notre service le 11 décembre 1895. Elle éprouvait des douleurs assez fortes à la région lombaire et dans les membres inférieurs. Le 8 janvier 1896 accouchement avec application de forceps pour insuffisance des contractions, à la dernière période du travail.

Hémorragie consécutive par inertie utérine traitée par des injections d'ergotine et le tamponnement utéro-vaginal. Le périnée

avait été déchiré : périnéorraphie immédiate avec 5 points de suture.

L'enfant volumineux pesait 3,800 grammes. Il partit en nourrice le 14 janvier et mourut à l'âge de 6 mois d'une méningite.

Durant les jours qui suivirent l'accouchement, il n'y eut pas de retrait de la paroi abdominale, comme elle aurait dû se produire. L'abdomen resta développé et flasque. Il présentait des vergetures extrêmement marquées.

Trois semaines après l'accouchement, la malade quitte l'hôpital à son tour. Elle était en excellent état, mais gardait un ventre gros et flasque pendant sur le pubis et descendant sur les cuisses, qui constituait une véritable difformité même alors qu'elle était vêtue.

Cette déformation était si gênante et si visible que, le 19 novembre 1896, la malade revenait nous consulter et rentrait dans le service pour suivre un traitement spécial.

A ce moment l'état de l'abdomen était le suivant (fig 4) : la paroi était toujours volumineuse, flasque, grasseuse, couverte de vergetures très profondes. Il existait un véritable ballonnement de cette masse épaisse, au niveau de laquelle la peau indurée, œdémateuse, présentait de nombreuses rides et une coloration brune assez tranchée. Au-dessous, la palpation profonde permettait de sentir un écartement des muscles droits d'environ 10 centimètres ; au niveau de cette éventration la masse intestinale tendait à faire hernie en dehors au moindre effort.

Du côté de l'utérus, abaissement léger. Ptose et relâchement des parois du vagin.

Le traitement d'abord essayé fut purement médical. La malade fut soumise à une thérapeutique très complète : tous les jours une douche ; une séance de galvanisation ; à plusieurs reprises une séance de gymnastique abdominale consistant dans la flexion du tronc sur les membres inférieurs complètement

étendus jusqu'à toucher la terre avec l'extrémité des membres supérieurs placés eux-mêmes dans l'extension complète. Ce mouvement correspond à peu près au quarantième exercice de la gymnastique de chambre préconisée par Schreber. Il a pour objet de faire contracter énergiquement tout l'appareil musculaire de la paroi abdominale et d'agir aussi par excitation sur les nerfs spinaux. Il sert surtout à la première action.



Observation 3

Nous adjoignîmes plus tard, à ce traitement, des séances nombreuses et prolongées de massage abdominal.

Une légère amélioration fut obtenue par ces procédés. Les muscles grands droits se contractaient, mais avec assez peu d'énergie. Par contre, le releveur de l'anus avait repris de la vigueur ; l'utérus était en bonne position, à son niveau normal.

Le traitement fut continué avec persévérance pendant trois mois, mais sans grand avantage. La malade ne voulait et ne

pouvait rester dans cet état qui lui interdisait l'exercice de toute profession.

Le 24 février une intervention chirurgicale fut décidée, intervention avant tout plastique, réclamée par la malade qui se voyait, à cause de sa difformité, dans l'impossibilité de gagner sa vie. La masse abdominale persistait en effet et prenait sous les vêtements l'apparence d'une tumeur volumineuse ou d'une grossesse déjà avancée.

L'opération consista en une incision d'une longueur de 20 centimètres sur la ligne médiane passant par l'ombilic et s'étendant de l'appendice xiphoïde à deux travers de doigt au-dessus du pubis. On tomba sur une peau épaissie, doublée par une masse graisseuse d'une épaisseur de 6 à 7 centimètres environ, dure et comme lardacée. Au-dessous, la ligne blanche était convertie en une simple lame mince, nacrée, étalée entre les bords des deux grands droits et représentant un long espace fibreux elliptique, à grand axe vertical. Cette aponévrose fut réséquée dans toute sa largeur, d'abord dans sa moitié inférieure. Suture continue du péritoine au catgut. Le bord des droits mis à découvert fut ensuite rapproché et soigneusement suturé à l'aide d'un gros catgut et par points séparés l'un de l'autre d'un demi-centimètre au plus, y compris la gaine fibreuse.

Le ventre ainsi solidement fermé, je réséquai de chaque côté de la ligne médiane par deux longues incisions courbes en dedans l'excès de peau et de tissu adipeux, de manière à supprimer trois à quatre centimètres de tissu de chaque côté de l'incision à sa partie moyenne. Les deux lèvres de cette nouvelle incision, elliptique comme la première, furent rapprochées et réunies au crin de Florence. Pansement au salol et à la gaze iodoformée.

Les suites de l'opération furent très simples. On ne note qu'une légère élévation de température 3 ou 4 jours après l'opération, accompagnée de quelques douleurs que la malade localisait

a son ombilic et que nous croyons pouvoir attribuer à la formation de quelques adhérences péritonéales au niveau de la plaie profonde.

Aujourd'hui, 3 semaines après l'opération, le ventre est souple, lisse, plat ; la déformation a disparu et la palpation permet de sentir que profondément les muscles droits sont rapprochés et forment une paroi solide et continue au dessus de la peau.

Par mesure de précaution, peut-être excessive, nous conseillons à l'opérée le port d'une ceinture abdominale pendant les premiers mois qui ont suivent l'opération.



CONCLUSIONS

1° Il y a une éventration physiologique consécutive à la grossesse.

2° La persistance de cette éventration, à un degré variable, constitue toujours un cas pathologique.

3° On peut, par des mesures fort simples et une hygiène spéciale, prévenir, jusqu'à un certain point, la persistance de l'éventration après les couches. Ces mesures doivent être prises bien exactement : 1° pendant la grossesse, 2° pendant l'accouchement, 3° dans les suites de couches.

4° L'éventration produit à la longue l'entéroptose, avec ses conséquences désastreuses.

5° L'éventration constitue dans les grossesses suivantes un obstacle à l'accommodation et amène des difficultés dans l'accouchement. On peut y remédier par l'emploi d'une ceinture et la version par manœuvres externes au huitième mois de la grossesse.

6° Quand l'éventration persiste après l'accouchement, on doit employer longtemps et avec persévérance les moyens médicaux qui sont :

D'une part le port d'une ceinture appropriée, d'autre part les procédés suivants :

α. Hydrothérapie ;

- β. Massage ;
- δ. Electrothérapie ;
- ε. Gymnastique.

7° Il y a deux indications bien nettes d'intervention chirurgicale, lorsque ces différents moyens ont échoué :

- A. La femme souffre ;
- B. La difformité est un obstacle aux occupations sociales de la femme.

8° La cure radicale ne sera pas tentée d'emblée. La paroi abdominale sera toujours préparée à l'intervention par le traitement médical durant un temps variable ; une moyenne de trois mois est suffisante.

9° A. Si les muscles droits sont atrophiés, on emploiera le procédé de M. Le Dentu, avec les incisions successives.

B. Si les muscles droits sont suffisamment développés, on emploiera le procédé de M. Doléris, suture du péritoine, des muscles droits et de leur gaine, résection en dernier lieu seulement du lambeau cutané.

Vu
Le Président de la Thèse,
A. LE DENTU.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

Anger (B). — Dictionn. des sciences médicales, mot éventration.

Auvard. — Traité pratique de gynécologie, chap. X.

Avicenne. — T. I. p. 962.

Balandin. — Congrès de Berlin 1890.

Barbette. — Chirurgie. cap. VII.

Bartholin. — Dans Bonet, t. IV. p. 410.

Beaumont (de Lyon). — Notice sur les hernies, 1827.

Boyer. — Traité des malad. chirurgicales, 1822, t. VIII.

Burckhardt. — Correspondanzbl, Vurtemb, Aerzte.

Celse. — De interiore abdom. membr. rupta.

Chrobak. — Centralbl. f. gynec., (1488).

Cooper (Astley). — Traité des hernies (1804-07), traduit. par Richelot et Chassaignac, (1837).

Cruveilhier. — Anatomie pathologique générale, tome I^{er}.

Desaut et Chopart. — Traité des malad. chirurg. de la poitr. et du bas-ventre, t. II.

Dionis. — Cours d'opérat. de chirurgie. (1738).

Dolérís. — La gynécologie, leçon clinique sur l'éventration, p. 399. (15 oct. 97.)

Dolérís et Pichevin. — Traité de gynécologie.

Erlach. Centralbl. f. gynec. (1889).

Galien. — Admin. Anat. Lib. V. Cap. VII,

Garengoet (de). — Mémoires de l'Acad. royale de chirurgie T. I. p. 518.

Glénard. — Lyon Médical 1885 et 87. et communicat. faite à la soc. méd. des hop. de Paris 5 Mai 86.

Gill Wylie et Chadwick. — Amer. Journ. of. obstet. (1887).

Hadlich. — *Langenbeck's*. — Archiv. t. XX. p. 658 et Hegar et Kaltenbach. p 244.

Henkel. — Chirurgisch Operationen, IV, B. p. 67 ond. 76.

Hippocrate. — De morbis Vulgaribus.

Hoffa (A). — Münchner med. Wochenschrift 1887.

Klinkosch. — Dissertationes Pragenses V. I. (1764)

Lachausse. — De hernia ventr, Argentor et in Haller disp. chir. t. III.

Lawrence (W). — F. R. S. Traduit par P. A. Béclard et J. G. Cloquet sur 3^e édit.

Ledran. — Traité des opérat. de chirurgie 1742) p. 143.

Le Dentu. — Société de chirurgie, 5 Nov. 1890. Voir Bulletin 1890, p. 680.

Le Dentu. — Etudes de cliniq. chirurgicales (1890-91) p. 271.

Marion Sims. — Amer. Journ. of. obstet. 1887.

Malgaigne. — Leçons sur les hernies (1841).

Mayal. — Wiener med. Press. n° 40 (1880).

Mattei. — Essai sur l'accouchement physiologique, (1855).

Nélaton. — Eléments de pathologie chirurgicale, t. IV.

New London. — Med. Journ. 1792, vol. I.

Pajot. — Dictionn. encyclop. des sc. médic., article accouchement.

Petit (J.-L.) — Traité des mal. chirurg. et des opérat. qui leur conviennent, 1743.

Picqué. — Gazette méd. de Paris 1887, et thèse de Vertheimer, 1888.

Pinard. — Traité du palper abdominal (1889).

- Portal.* — Précis de chirurg. pratique (1768), t. II. p. 659.
- Prochownick.* — Traité de kinésothérapie, traduction par Neitot et Keller.
- Reygnier.* — Soc. de chirurgie, 5 Nov. 90.
- Reignier.* — Thèse de Paris (1878).
- Renaulme de Lagrenne.* — Essai d'un traité des hernies, 1737.
- Richter (G).* — Traité des hernies (1784), traduction par Rougemont, 1788.
- Ribemont-Dessaigne et Lepage.* — Précis d'obstétrique, (1896).
- Sabatier.* — Médecine, opérat. édition 1832, t. III.
- Schreiber (D).* — Gymnastique de chambre, traduite sur 23^e édit. allem. 1895.
- Schwerdt.* — Dans Monteuuis. -- De l'entéroptose (1897) et thèse de Hernette (97).
- Sæmmering.* = Ueber die Ursache der Brusche am Bauche und Beken, p. 27.
- Tarnier et Chantreuil.* — Traité de l'art des accouchements.
- Testut.* — Traité d'anatomie, t. I. p. 604.
- Tuffier.* — Formes cliniques du rein mobile, Semaine médic. (16 sept. 1891.)
- Velpeau.* — Traité de médec. opérat. (1832).
- Verdier.* — Traité pratique des hernies, (1840).
- Vidal (de Cassis).* — Traité de pathologie externe (1841).

